UNIVERSITÉ DE TOULOUSE

FACULTÉ MIXTE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

Année 1952 N° 80

Contribution à l'Etude des Problèmes posés par la MORTINATALITÉ et la MORTALITÉ INFANTILE au TOGO

SOUS TUTELLE FRANÇAISE

THÈSE

POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue publiquement en Juillet 1952

PAR

Josèphe AKU-ETIFIER

Membres du Jury ....
- MM. ANDRIEU, Président
- GUILHEM
- PONTONNIER } Assesseurs
- BAZEX,
- Mme ENJALBERT, Suppléant

PARIS
Imprimerie «Graphica»
1952

UNIVERSITÉ DE TOULOUSE

FACULTÉ MIXTE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

Année 1952 N° 80

Contribution à l'Etude des Problèmes posés par la MORTINATALITÉ et la MORTALITÉ INFANTILE au TOGO

SOUS TUTELLE FRANÇAISE

THÈSE

POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue publiquement en Juillet 1952

PAR

Josèphe AKU-ETIFIER

Membres du Jury .... MM. ANDRIEU, Président; GUILHEM, PONTONNIER, BAZEX, Assesseurs; Mme ENJALBERT, Suppléant

PARIS
Imprimerie «Graphica»
1952

UNIVERSITÉ DE TOULOUSE
FACULTÉ MIXTE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

TABLEAU DU PERSONNEL

Doyen ..... MM. LEFEBVRE
Assesseur ..... SOREL (R.)
Doyens honoraires ..... GORSE, CALVET

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. RISPAL — MM. MERIEL — MM. RIBAUT
LAFFORGUE — VALLOIS — SERR.

PROFESSEURS

	MM.		MM.
Clinique de neurologie et de psychiatrie	RISER	Bactériologie, hygiène, médecine sociale	ANDRIEU
Clinique médicale	TAPIE-MERIEL	Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	VIRENQUE
Clinique obstétricale	GUILHEM	Clinique des maladies des voies urinaires	FABRE (P.)
Physiologie	SOULA	Matière médicale	VINCENT
Clinique chirurgicale et du cancer	DUCUING	Hydrologie thérapeutique et climatologie	N...
Physique biologique et médicale	BUGNARD	Anatomie pathologique	FABRE (J.)
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	NANTA	Clinique oto-rhino-laryngologique et chir. maxillo-faciale	CALVET
Chimie et Toxicologie	BRUSTIER	Clinique ophtalmologique	CALMETTES
Pathologie générale et médecine expérimentale	SENDRAIL	Chimie biologique	VALDIGUIE
Clinique chirurgicale et gynécologique	LEFEBVRE	Médecine légale et du travail	PLANQUES
Anatomie	LAZORTHES	Histologie et embryologie	BROUSSY
Histoire naturelle	DELAS	Médecine sociale	BOUNHOURE
Clinique médicale infantile et puériculture	SOREL (R.)	Thérapeutique	GADRAT
Pharmacie	CAUJOLLE	Pathologie chirurgicale	GRIMOUD
Path. interne et clinique des maladies de la tuberculose	MOREL	Clinique odonto-stomatologique.	CADENAT
		Professeur à titre personnel	BAISSET
		Chimie pharmaceutique	BLANC

PROFESSEUR SANS CHAIRE

Anatomie ..... M. COULOUMA

MAITRES DE CONFERENCES AGREGES

	MM.		
Anatomie	POULHES	Physique Médicale	AUVERGNAT
Histologie	BIMES	Pharmacie	COUTURIER
Sciences naturelles	BOUISSET	Botanique	Mme DULUCQ-MATHOU
Bactériologie	Mme ENJALBERT	Chimie	RACINE (Ch. de f.)
Chimie Biologique	POLONOVSKI		

R. UNIV. BIBLIOTHEEK LEIDEN

AGREGES

	MM.		
	DARNAUD		RIEUNAU
	GERAUD	Chirurgie	DIEULAFE
Médecine	DARDENNE		DAMBRIN (P.)
	LAPORTE		
	BAUDOT	Obstétrique	PONTONNIER
Ophtalmologie	DEODATI	O. R. L.	CLAUX
Physique Médicale	MARQUES	Urologie	LHEZ

COURS COMPLEMENTAIRES

	MM.		
Cours d'obstétrique aux élèves sages-femmes	GUILHEM	Anatomie médico-chirurgicale	THOMAS
Chimie biologique	DOUSTE-BLAZY	Pharmacodynamie médecine	BAISSET
Physique pharmaceutique	AUVERGNAT	Pharmacodynamie pharmacie	CAUJOLLE
Dermatologie et syphiligraphie	BAZEX	Hygiène	LAPORTE
Législation pharmaceutique	BOUISSET	Urologie	LHEZ
Tuberculose	MOREL	Ophtalmologie	DEODATI
Chirurgie pulmonaire	DAMBRIN (P.)	Neuro-Chirurgie	LAZORTHES
Parasitologie	BAUDOT	Mycologie	MORQUER
Cryptogamie	Mme DULUCQ-MATHOU	Psychiatrie	GAYRAL
		Physiologie	LAPORTE (Y.)
Hydrologie et Géologie	ASTRE	Histologie	PLANEL

Secrétaire de la Faculté ..... M. ARGILAS

La Faculté déclare n'être pas responsable des opinions émises par les candidats.
(Délibération en date du 12 mai 1891.)

A MA MERE,

faible témoignage de ma reconnaissance et de ma tendresse.

A MON PERE,

gage d'affection filiale.

A mon époux, le Docteur AKU,

qui nous a inspiré le sujet de cette thèse et a su nous révéler la grandeur de notre tâche en Afrique noire.

A MES ENFANTS,

Emmanuel, Martine et Luc.

A MES TANTES,

Albertine et Henrie ETIFIER.

A mon amie Madeleine GARIPUY.

A tous MES PARENTS ET AMIS.

A MON PRESIDENT DE THESE :

MONSIEUR LE PROFESSEUR ANDRIEU,

Agrégé de l'Université,
Professeur d'Hygiène, Bactériologie et Médecine sociale.

Qui nous a toujours accueilli avec bienveillance et a bien voulu nous aider de ses conseils pour la rédaction de cette thèse. Toute notre gratitude et toute notre reconnaissance.

A MON JURY DE THESE :

MONSIEUR LE PROFESSEUR GUILHEM,
Professeur Agrégé d'Obstétrique de la Faculté.

MONSIEUR LE PROFESSEUR PONTONNIER,
Professeur Agrégé de la Faculté.

MADAME LE PROFESSEUR ENJALBERT,
Maître de Conférence Agrégé de Bactériologie.

MONSIEUR LE DOCTEUR BAZEX,
Professeur de Dermatologie et Syphiligraphie.

A MES MAITRES

DE LA FACULTE ET DES HOPITAUX

AVANT-PROPOS

A la fin de l'année scolaire de 1946, j'eus l'occasion de me rendre au Togo sous tutelle française où mon époux exerçait alors la fonction de médecin-chef du Cercle sanitaire de Palime.

Ce fut mon premier contact avec l'Afrique. Les consultations pré-natales et infantiles revêtant une importance relative dans ce cercle, les tournées de visites médicales dans les dispensaires de brousse étant assez fréquentes, le Gouverneur du Territoire, sur la demande du chef du Service de Santé, m'affecta à la maternité de Palime.

J'eus ainsi l'occasion de me rendre compte de la grande misère physique de notre race noire. Vivement impressionnée par le nombre incomparable d'enfants malades, chétifs, et par le taux élevé de la mortalité chez ces derniers, je décidai de me pencher sur les raisons de cette lamentable situation de l'enfance noire, et par conséquent les remèdes à y apporter.

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41548905_0044

INTRODUCTION

Le Dr A. Calmette, membre de l'Académie de Médecine, sous-directeur de l'Institut Pasteur, écrivait en préface au livre du Dr Martin « L'existence au Cameroun » : ... Le devoir s'impose donc au gouvernement de la République, de tout faire pour développer d'abord *les institutions d'hygiène qui sont indispensables pour favoriser la natalité et pour détruire les foyers de maladie du sommeil, de paludisme et de la lèpre, qui sont les principaux facteurs de dépopulation et d'appauvrissement de ce merveilleux pays.*

On ne se rend pas assez compte dans les milieux dirigeants français, que les dépenses faites pour protéger le capital social que représentent les vies humaines, seules productrices, de travail, donc de richesses, sont les plus fructueux des placements d'épargne.

Tous les trésors accumulés par la nature dans le sol du continent africain resteront éternellement inaccessibles aux peuples d'Europe qui tendent avidement les mains vers eux, si les peuples indigènes, seuls capables de résistance au dur labeur sous le climat tropical, ne sont pas assez nombreux, assez bien outillés, ni assez bien nourris pour fournir l'effort nécessaire à leur méthodique exploitation.

Il faut donc persuader nos gouvernants, les administrateurs et les colons, qu'il ne peut pas être question de lésiner sur les dépenses d'hygiène, et que leur premier devoir, en prenant au Cameroun la succession des Allemands, est d'y créer, dans tous les centres où il n'en existe pas encore, des nouveaux dispensaires, d'y appeler de nouveaux médecins, d'y réaliser les mesures d'assainissement et de protection de la santé publique, avec les procédés scientifiques modernes et avec l'énergie dont nous avons admiré les exemples à Panama et à Rio-de-Janeiro, lorsqu'on a résolu de purger ces régions du paludisme et de la fièvre jaune... »

Et M. Vallois, professeur au Muséum national d'Histoire naturelle et à l'Institut de Paléontologie humaine, directeur du Musée de l'Homme, introduisait le livre du Dr Lefrou.

« Le Noir d'Afrique » en ces termes : « ... Ainsi, quelle que soit la nature sous laquelle on l'envisage, le Noir d'Afrique constitue un type racial particulier dont les divergences avec les Blancs ressortent d'une façon frappante. Il ne semble pas que cette antinomie ait été suffisamment mise en valeur.

... Les livres d'anatomie humaine ne contiennent en réalité, comme on l'a justement remarqué, que l'anatomie des Européens. Les données physiologiques fournies dans les manuels classiques sont celles obtenues sur les Blancs, à l'exclusion des autres races.

Nos contacts avec les Noirs sont fréquents et, si on se décide un jour à une exploration rationnelle de l'Afrique, ils ne pourront que se multiplier.

Comment les asseoir sur une base logique, si on ne connaît exactement les hommes auxquels on a affaire ? »

Enfin, du livre du Dr Julian Herman Lewis Ph. D.M.D., professeur de pathologie à Chicago « The biology of the negroe », nous retenons ici : « ... Les affections tendent à prouver la parenté des races différentes du monde et, en même temps, à démontrer d'une façon assez nette et claire leurs différences.

Il n'existe aucune maladie qui, en atteignant une race, ne soit susceptible d'être contractée par d'autres races, quoique les manifestations d'une maladie puissent être diverses et différentes parmi les races, du point de vue qualitatif et quantitatif. Une affection peut naturellement être limitée à une seule race, et ceci est dû aux caractéristiques locales spéciales et non à une affinité particulière entre cette affection et la race contaminée. La pathologie comparée est d'un intérêt énorme.

La réaction d'une maladie n'est pas moins caractéristique d'une race que la forme de la tête, la couleur de la peau... L'étude comparative des races en se basant sur les manifestations pathologiques sont d'une importance particulière pour la médecine.

Les différences caractéristiques des races sont de deux ordres :

1° Biologique, *à savoir un complexe anatomique physiologique et chimique. C'est par ceci qu'une race est distincte d'une autre. Ces caractères sont inhérents et acquis par héritage, ils sont le résultat d'une adaptation à un certain milieu ;*

2° Géo politique. *Découlant du milieu d'origine et concernant entre autres les conditions de vie, les habitudes, et affectant le mode de pensée et la mentalité des races.*

Il est très difficile de dire lequel de ces deux types de différence raciale est le plus important et soit effectivement responsable des différentes manifestations raciales des affections.

Pourtant, dans chaque cas, on doit avant tout essayer de déterminer si la nature de l'affection n'est pas imputable au mode de vie, aux conditions de logement, travail, et de l'alimentation.

Il n'existe actuellement aucun traité de pathologie raciale, malgré sa valeur incontestable dans le domaine d'au moins deux sciences biologiques importantes. »

Ces avis autorisés nous ont amenés à rechercher au cours de nos enquêtes personnelles et à travers une documentation qui est, nous le regrettons, incomplète en dépit de nos efforts, si le taux élevé de la mortinatalité et de la mortalité chez les enfants d'Afrique noire, qui oscillerait autour de 50 % des naissances vivantes pour les enfants de 0 à 1 an ne serait pas fonction :

1° *De l'orientation de la politique sanitaire de ces territoires et de la politique coloniale en général ;*

2° *De la connaissance encore trop imparfaite de l'homme noir, et par conséquent de l'enfant noir ;*

3° *Du fait que dans ces contrées africaines où sévissent des affections endémo-épidémiques, l'enfant noir est la première victime du milieu où il vit, parce que lié à sa mère, la femme africaine qui est assujettie elle-même à de dures conditions économiques et sociales.*

Nous nous proposons, dans cette thèse, de faire état d'un faisceau d'observation et de faits susceptibles de mettre en lumière certains facteurs importants capables d'aider efficacement dans la lutte contre la dépopulation, de l'Afrique noire en général, et du Togo en particulier.

Nous sommes convaincus que l'application d'une politique sanitaire coordonnée, rationnelle, scientifique, se basant essentiellement en ce qui concerne la protection maternelle et infantile :

a) *Sur une étude démographique sérieuse ;*

b) *Sur le fait que l'enfant noir doit être connu en tant que tel en vue de sa protection ;*

c) *Sur le fait que sans une nouvelle politique économique et sociale hardie permettant à la mère en Afrique noire d'acquérir les possibilités matérielles et morales d'élever son bébé, tous les efforts tentés par ailleurs resteront vains, entraînera dans un bref délai une chute considérable du redoutable fléau qu'est la mortinatalité et la mortalité infantile en Afrique noire.*

Dans notre thèse, nous exposons successivement :

Première partie : 1° *Brièvement le Togo — le pays ;* 2° *Quelques renseignements démographiques.*

Deuxième partie : Les quelques caractéristiques raciales que nous avons pu relever, susceptibles de justifier notre thèse.

Troisième partie : 1° *Les diverses causes incriminées de mortinatalité et de la mortalité infantile ;* 2° *La protection maternelle et infantile au Togo.*

En conclusion :

Nous rendons volontiers hommage à l'œuvre considérable qui a été accomplie au Togo en vue de la protection maternelle et infantile. Des résultats tangibles ont été obtenus, mais nous pensons que l'orientation nouvelle qui semble se faire jour en matière de politique sanitaire actuellement, serait fort heureuse et d'autant plus fructueuse, qu'elle s'édifierait outre sur un travail démographique sérieux, mais sur la base logique préconisée par le professeur Vallois : « ...La connaissance exacte des hommes auxquels on a affaire... »

Nous ajouterons que, face au péril qui guette notre race, notre apathie est sans excuses et notre responsabilité considérable.

PREMIERE PARTIE

CHAPITRE PREMIER

LE TOGO

Bref rappel historique

Le Togo, tel qu'il est actuellement conçu, fut créé par la diplomatie européenne à la fin du XIX[e] siècle. Sur l'ordre de Colbert, la France avait fondé un comptoir près de Ouidah, en 1667. Une firme marseillaise s'installa à Porto-Segouro et Anecho, en 1865.

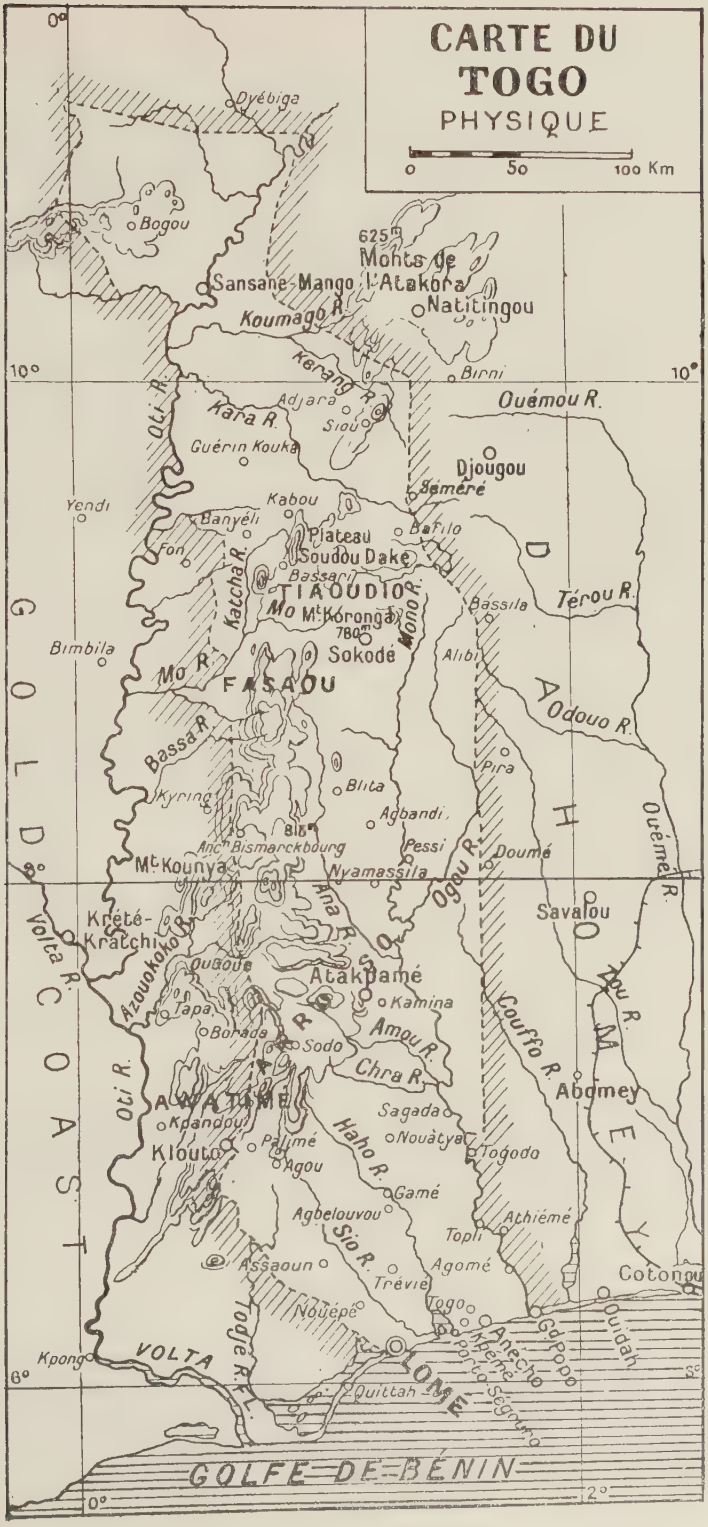
Après 1870, les Allemands supplantèrent les Français et s'installèrent officiellement en 1884, sous l'impulsion de l'explorateur Nachtingal. Un *modus-vivendi* franco-allemand pour fixer les limites des sphères d'influence intervint l'année suivante, et la frontière fut délimitée.

D'autres traités, dont le dernier fut signé en 1909 limitèrent les autres parties de la possession allemande.

En 1914, Anglais et Français envahirent le pays aussitôt après la déclaration de guerre, et les Allemands se rendirent sans condition dès le 21 août.

Le Togo fut réparti entre la France et l'Angleterre, par une Convention provisoire signée à Lome le 30 août 1914. Après la signature du traité de Versailles, la France recevait un territoire de 53.000 kilomètres carrés, cependant que la Grande-Bretagne recevait 35.000 kilomètres carrés.

La souveraineté française est limitée par les obligations dérivant du mandat.


CARTE DU
TOGO
PHYSIQUE
0
50
100 Km
Dyébiga
Bogou
625m
Monts de
l'Atakora
Sansané-Mango
Natitingou
Koumago R.
Kerang R.
Birni
Ouémou R.
Oti R.
Kara R.
Adjara
Siou
Guérin Kouka
Djougou
Yendi
Kabou
Banyéli
Plateau
Soudou Dake
Bafilo
Fon
Bassari
Katcha R.
TIAOUDIO
Mo
Mt. Koronga
780
Mono R.
Bassila
Térou R.
Bimbila
Mo R.
Sokodé
Alibi
FASAOU
Odouo R.
Bassar R.
Pira
Kyring
Blita
Agbandi
Ouémé R.
Anch. Bismarckbourg
815
Pessi
Doumé
Mt. Kounya
Nyamassila
Ogou R.
Savalou
Kreté-Kratchi
Ama R.
Volta R.
Ouboué
Atakpamé
Azouokoko R.
Tapa
Kamina
Couffo R.
Tou R.
Borada
Sodo
Amou R.
Chra R.
Abomey
Oti R.
ANATIME
Sagada
Kpandou
Nouàtya
Togodo
Palimé
Haho R.
Klouto
Agou
Gamé
Agbelouvou
Athiémé
Topli
Sio R.
Assaoun
Agomé
Trévie
Cotonou
Togo
Ouidah
Nouépé
Anécho
Grd Popo
Mpémé
Porto Séguro
Kpongo
VOLTA R.
Volta R.
Quittah
GOLFE DE BÉNIN
GOLD COAST
DAHOMEY
6°
0°
2°
10°

Géographie

Le Togo sous mandat français se présente sous l'aspect d'une bande de terre allongée entre le Togo britannique et la Gold-Coast à l'Ouest et le Dahomey à l'Est. Elle s'étend de l'Atlantique à la Haute-Volta. D'une superficie de 55.000 kilomètres carrés, elle ne présente pas d'unité géographique. Sa longueur atteint 780 kilomètres et sa largeur varie entre 50 et 100 kilomètres. On peut distinguer :

1° Une région côtière sablonneuse, basse, sans aucune caractéristique, sauf quelques bancs rocheux qui la rendent peu hospitalière. Entre les lagunes et la mer, le cordon littoral, large de 1 kilomètre à 2, sableux, est l'emplacement des côtiers ;

2° Au-delà des lagunes s'étend un vaste plateau ondulé, d'une altitude moyenne de 60 à 120 mètres, très peuplé en raison de la fertilité de sa terre ; il est coupé de galeries de forêts le long des vallées ;

3° Les Monts Togo, d'une hauteur moyenne de 500 à 1.000 mètres, traversent le pays en direction générale sud-ouest, nord-est. Ils s'arrêtent à 100 kilomètres de la côte, du côté de la Gold-Coast et touchent le Dahomey à la hauteur de Natitingou.

Le massif principal est appelé quelquefois la « Montagne des Fétiches » ; il comprend les montagnes d'Avatime et le large plateau d'Akposso. Les points culminants du Mont Togo sont : le massif d'Agou et le mont Tomito qui, tous deux, dépassent 1.000 mètres. Plus au Nord, le massif de la Kara présente des caractères assez différents de ceux du Mont Togo, en raison d'un changement géologique du sous-sol, les massifs sont plus isolés. On y distingue le massif de Tchautchau, une partie de la chaîne de l'Atacora, et le massif du Malfacassa.

Toutes ces montagnes forment des régions très pittoresques où se trouvent les célèbres gorges de Kame et les magnifiques chutes d'Agome ;

4° Enfin, au Nord, se déroule une large plaine arrosée par la Volta, l'Oti et leurs affluents.

Cette plaine continue jusqu'à la frontière nord du Gourma. C'est la région des savanes à type soudanais déjà accentué.

Hydrographie

Le système hydrographique du Togo est simple ; de part et d'autre de la chaîne de montagnes, quelques cours d'eau descendent du Nord au Sud, alimentés par des affluents transversaux.

On peut y distinguer deux réseaux différents :

1° L'Oti qui, elle-même, s'intègre dans le système de la Volta ; elle prend sa source au Dahomey, dans l'Atakora, coule d'abord vers le Niger, puis après deux coudes brusques pénètre au Togo qu'elle traverse, s'étalant en méandres nombreux. La zone d'inondation est considérable malgré les berges élevées de 15 à 30 mètres.

L'Oti reçoit à gauche la Koumougou et la Tara, qui toutes deux prennent aussi leurs sources au Dahomey.

Avant la région d'Adjalo, l'Oti a environ 50 mètres de large, puis elle pénètre dans une gorge étroite entre deux murailles, hautes de 20 mètres, où elle forme la « Cascade du Forgeron » et s'ouvre enfin dans la plaine.

L'Oti se jette dans la Volta, aux environs de Kète Crachi ;

2° Les fleuves de la côte des Esclaves sont le Sio et la Haho ; ils viennent du plateau d'Akposso et se jettent dans le lac Togo, ce sont des torrents à la saison des pluies et des chemins creux pendant la période de sécheresse ; l'irrégularité de leurs régimes ne permet pas de les utiliser comme moyen de transport, mais leurs crues fertilisent le pays.

Enfin, à l'Est du Togo se trouve le Mono qui, dans son cours inférieur, marquait la frontière entre le Togo et le Dahomey, il prend sa source dans le massif du Tchauchau.

Les affluents sur la rive droite sont : l'Ogou et l'Oyé. Sur la rive gauche, l'Anié, l'Atalo qui prend sa source dans l'Akposso et la Khra.

Le Mono est naviguable en pirogue jusqu'à Tokpli pendant huit mois de l'année. Les crues sont violentes et atteignent parfois dix mètres.

Climat

Le climat d'un type tropical qui varie suivant la latitude et l'altitude est généralement sain. La température est assez élevée et constante : 20 à 30 degrés selon les régions et les saisons.

On distingue *quatre saisons :* deux sèches et deux humides.

De décembre à mars : saison sèche et chaude avec vents de mer sur la côte et vent du nord à l'intérieur — elle est commune à tout le Togo. En janvier souffle un vent du Nord, l'harmattan.

De mai à juillet : tornades et averses brève et espacées. Sur la côte, c'est en juin qu'il tombe le plus d'eau. Les pluies diminuent en juillet et jusqu'en septembre, période de sécheresse avec une température moins élevée. Le Centre et le Nord font exception, car le mois d'août y est pluvieux et le maximum de pluies est atteint en septembre, parfois même en octobre.

Une période moins importante de pluies, qui permet les deuxièmes cultures, s'étend d'octobre à novembre.

On constate en général en août, la température minima ; deux températures maxima sont atteintes, l'une en février, l'autre en décembre.

Les hauteurs d'eau tombée sont généralement faibles. Lome n'en reçoit qu'une moyenne de 600 à 800 millimètres. La région montagneuse, plus favorisée, reçoit en moyenne de 1.500 à 1.700 millimètres.

Les populations du Togo

La population du Togo ne forme pas un ensemble homogène, elle est composée d'une mosaïque de petits groupements ethniques dont les civilisations diffèrent.

Dans la zone sud, avec Lome la capitale, Anecho qui a une densité de 120 habitants au kilomètre carré, la population atteint une densité moyenne de 55 habitants au kilomètre carré. C'est une région riche, possédant des palmiers à huile, des cocoteraies et des cultures vivrières, qui a une grande activité commerciale et agricole.

Dans le Nord, la population est clairsemée et ne dépasse pas 6 à 7 habitants au kilomètre carré ; dans les centres tels que Mango et Sokode, la densité est de 15,87 au kilomètre carré. Les ressources n'y sont pas très abondantes en dehors de l'élevage, quelques rares forêts et du coton.

Dans la région moyenne, la population est assez dense.

La moyenne de la densité de la population pour le Togo est évaluée à 15 habitants au kilomètre carré. Ce chiffre est relativement élevé si on le compare aux populations du Cameroun (4,5) et de l'Afrique Equatoriale (3,2).

POPULATION DU TERRITOIRE AU 31-12-1948

I. *Population générale du territoire de 1944 à 1948.*

	31-12-44	31-12-45	31-12-46	31-12-47	31-12-48
Cercle de Lome	120.238	121.338	122.008	125.743	150.681
Cercle d'Anecho	183.678	183.602	183.391	184.260	184.335
Cercle du Centre	95.020	96.630	97.563	102.975	101.875
Cercle de Klouto	50.298	50.223	50.188	50.272	52.213
Cercle de Sokode	307.213	312.024	311.506	316.307	321.147
Cercle de Mango	156.078	154.827	157.228	164.889	161.573
TOTAL	912.525	918.644	921.884	944.446	971.824

(*Extrait du rapport annuel de la France à l'Organisation des Nations-Unies.*)

CHAPITRE II

APERÇU DEMOGRAPHIQUE

En l'absence d'état civil généralisé, il n'existe pas de travail démographique intéressant l'ensemble du Togo susceptible de servir de base solide à une étude scientifique.

Il serait pourtant d'un grand intérêt, pour l'étude que nous avons entreprise, de pouvoir mettre en relief le rôle important du facteur mortalité chez les enfants dans la balance démographique du Togo.

En fait, il est peu de publications, ouvrages, brochures, périodiques divers s'intéressant à l'Afrique Noire qui n'aient avancé quelques chiffres à propos de la situation démographique en ces contrées.

De ceux que nous avons eu l'occasion de consulter, nous avons essayé d'extraire quelques chiffres qui nous sont apparus vraisemblables à la suite des enquêtes que nous avons, nous-mêmes eu l'occasion d'effectuer au Togo.

Dès 1928, fut créé dans ce pays un bureau d'études démographiques qui, selon les rapports officiels, est celui qui a fourni le plus gros effort et donné les meilleurs résultats ; mais il cessa de fonctionner en 1932.

D'autres recherches furent effectuées dans un cadre plus restreint, à citer en 1932, une enquête de M. de Marqueissac, en pays Cabrais (Nord-Togo).

Des enquêtes intéressant l'ensemble des Colonies françaises telles celles faites par MM. Lasnet et Cazanove en 1928, Sorel, Martial et Beaudiment en 1938, ont été publiées par le Bulletin de l'Office International d'Hygiène Publique.

Les rapports annuels concernant le Togo, que le gouvernement français adresse à l'Organisation des Nations-Unies, font état de la situation démographique dans ce pays, de façon plus ou moins complète suivant les années.

Le service de santé, en particulier le service d'hygiène mobile et de prophylaxie, s'est assigné pour tâche, depuis une date récente (1948), d'entreprendre une enquête afin de faire ressortir les caractéristiques démographiques dominantes des populations de l'A.O.F.

Nous nous proposons d'étudier succinctement :

a) Recensement de la population et son évaluation actuelle ;

b) Répartition de la population par groupe d'âge ;

c) Le sex-ratio pour l'ensemble de la population et le sex-ratio selon l'âge ;

d) La nuptialité, la polygamie ;

e) La fécondité. Stérilité et capacité génitale ;

f) La natalité ;

g) La mortalité générale ;

h) La mortalité infantile et la mortinatalité.

a) *Recensement de la population*

Le Bulletin mensuel de la Statistique Coloniale, supplément à la série d'études n° 2, année 1949, donne quelques renseignements statistiques pour la période de 1939 à 1945 concernant le Togo.

En ce qui concerne l'état de la population de 1936 à 1945 :

de 738.200 en 1936 elle passe à
863.200 en 1941
et 918.000 en 1945

et le Bulletin de conclure : « L'accroissement de la population, d'après le tableau qui précède, serait de l'ordre de 25 % entre 1936 et 1945, ce qui semble anormal et ne peut se justifier que par une variation des procédés d'observation. »

D'autre part, le Service d'hygiène mobile et de prophylaxie procède à des tournées de vaccinations, en dehors des circonstances épidémiologiques spéciales de telle façon que l'ensemble de la population soit revacciné tous les 4 ans.

En 1949, dans les huit circonscriptions médicales du Togo, la population recensée dans les cantons visités a été de 530.039 habitants et, en 1950, de 588.215 habitants, selon les rapports annuels adressés à l'Organisation des Nations-Unies.

Il est difficile, à l'heure actuelle, de préciser le taux d'accroissement des populations togolaises, car, jusqu'à ce jour, face à des difficultés de tous ordres, il ne semble pas qu'un recensement sérieux ait pu être effectué avec régularité.

Pour ce qui est de la race noire, il nous apparaît intéressant de citer M. Lewis, *The Biology of the Negroe*, qui, faisant état de la facilité d'adaptation de cette race, qui s'est mieux adaptée à un climat différent, que les autres races au climat de l'Afrique Tropicale, entreprend une étude comparative de l'accroissement des populations noires et blanches aux Etats-Unis, que nous résumons ci-après :

ANNÉES	CHIFFRE DE POPULATION NOIRE	POURCENTAGE de population totale	POURCENTAGE accroissement Noirs	POURCENTAGE accroissement Blancs
1714	59.000			
1727	78.000			
1770	462.000			
1790	757.208	19,3 %		
1830	2.328.642	18,1 %	31,4 %	33,9 %
1860	4.441.830	14,1 %	22,1 %	37,7 %
1890	7.448.009	11,9 %	13,9 %	26,7 %
1920	10.463.131	9,9 %	6,5 %	15,7 %
1930	11.891.143	9,7 %	13,6 %	15,7 %
1940	12.865.518	9,8 %	8,2 %	7,2 %

A propos de la croissance respective des deux races, l'auteur explique l'infériorité apparente de l'accroissement de la race noire par le facteur immigration chez la race blanche. En effet de 1920 à 1930 l'augmentation de la population noire est de 87 % par rapport à celle de la population blanche, or, durant cette période. l'immigration fut basse. L'augmentation de la population blanche serait due à des causes normales. Actuellement, l'auteur signale la chute d'accroissement des deux races, cette chute étant plus accentuée chez la race blanche.

Il serait intéressant de connaître de façon précise l'accroissement des populations noires en milieu africain, une étude comparative avec l'accroissement des noirs aux Etats-Unis aiderait à délimiter la part qui revient au facteur strictement racial, au [illegible] milieu, etc... et serait d'une importance capitale pour une lutte rationnelle contre la mortalité chez les enfants en Afrique.

POPULATION AUTO

RACES		CERCLE DE LOME			CERCLE d'Anécho
		Commune mixte de Lomé	Subd. Lomé sauf Cne mixte	Subd. Tsévié	
Races du Sud et du Centre (457.540)	Ewés	7.418	30.421	81.412	—
	Ahoulans	5.934	3.579	1.103	—
	Minas	5.900	—	330	47.940
	Ouatchis	2.990	—	80	124.103
	Fons	1.495	—	923	3.505
	Anas	259	—	—	—
	Akpossos et Akébous..	—	—	—	—
	Adélés et Aniagans ..	—	—	—	—
	Kpéssis	334	—	—	—
Races du Nord (478.465)	Cotocolis	—	—	3	—
	Cabrais	—	—	15	—
	Bassaris	—	—	—	—
	Lossos	—	—	12	—
	Ashantis	—	—	—	—
	Baribas	—	—	-	—
	Yoroubas	—	—	215	—
	Peulhs-Haoussas	1.186	—	482	—
	Konkombas	2.372	—	1	—
	Mobas	—	—	17	—
	Gourmas	—	—	-	—
	Tchokossis	—	—	—	—
	Lambas	—	—	11	—
	Tambermas	—	—	3	—
	Mossis	—	—	2	—
(34.978)	Divers	1.783	1.789	3	8.750
	Territoire français ...	—	—	—	—
	Territoires étrangers..	—	—	—	—
		29.671	35.789	84.612	184.298

HTONE PAR RACES

ERCLE de Klouto	CERCLE du Centre	CERCLE DE SOKODE			CERCLE DE MANGO		TOTAL
		Subd. de Sokode	Subd. de Bassari	Subd. de Lama-Kara	Subd. Mango	Subd. Dapango	
48.547	85	—	—	—		—	167.883
682	52	—	—	—	—	—	11.350
535	105	286	100	—	—	—	55.196
101	17.889	—	—	—	—	—	145.163
53	4.520	—	—	—	—	—	10.496
46	20.434	—	—	—	—	—	20.739
14	39.730	—	—	—	—	—	39.744
—	4.581	—	—	—	—	—	4.581
—	2.054	—	—	—	—	—	2.388
38	625	43.904	1.066	—	—	—	45.636
592	6.779	12.218	5.365	140.200		—	165.169
58	5	6.303	22.815	—	—	—	29.181
66	3.534	1.624	8.575	35.900	—	—	49.711
—	—	2.921	—	—	—	—	2.921
1	5	2.308	—	—		—	2.314
516	650	2.768	142	—	125	—	5.602
444	725	1.667	1.313	1.500	1.259	5.983	15.745
—	—	—	18.452	—	1.556	—	20.009
26	8	—	—	—	4.060	44.139	48.250
39	—	—	—	—		47.717	47.756
6	7	—	—	—	8.860	11	8.884
5	6	—	—	10.200	17.598	—	27.820
—	—	—	—	50	5.414	—	5.467
1	10	—	271	—	—	3.716	4.000
94	—	798	335	—	16.611	4.501	34.664
—	—	—	—	—	—	—	—
314	—	—	—	—	—	—	314
2.178	101.804	74.797	58.434	187.850	55.483	106.067	970.983

(*Extrait du rapport annuel de la France à l'Organisation des Nations-Unies.*)

b) *Répartition de la population par groupe d'âge*

Cette répartition de la population est assez arbitraire en l'absence d'état civil.

Au Togo, est imposable tout individu qui a dépassé 14 ans ; sont considérés comme enfants ceux qui ne sont pas imposables.

COMMUNE MIXTE DE LOME

Recensement de la population indigène au 31 décembre 1944

QUARTIERS	HOMMES IMPOSABLES	HOMMES NON IMPOSABLES	FEMMES	GARÇONS	FILLES	TOTAL	NOMS DES CHEFS
N° 1	163	10	357	283	375	1.188	John Assah
N° 1 *bis*	36	3	53	41	37	170	John Assah
N° 2	302	15	453	368	433	1.571	William Agbodjan prince
N° 3	120	1	150	149	188	608	Ferdinand Bruce
N° 4	396	14	588	449	504	1.951	Fred Tanakloe
N° 5	508	15	763	705	826	2.817	Norbertus Anthony
N° 6	660	21	912	815	787	3.195	Jacinthe Aguiar
N° 7	398	23	604	452	511	1.988	Félicie de Souza
N° 8	312	9	387	380	368	1.456	Augustine de Souza
N° 9	503	28	860	649	752	2.792	—
N° 10	346	9	450	351	384	1.540	Ferdinand Coulan
Amoutivé	454	12	652	594	517	2.229	Joseph Adjallé Eklou
Zongo	425	34	361	203	210	1.233	Mama Aoudou
Ahanoukopé	326	9	435	401	361	1.532	Emmanuel Bamezon
Gnékonakpoé	317	14	430	377	388	1.526	Kaké Aho
Kodjoviakopé	165	17	288	238	240	948	
Administratif	39	31	65	67	62	264	
	5.470	265	7.808	6.522	6.943	27.008	

Dans certaines régions, telles que le Sénégal, la Côte d'Ivoire, la Mauritanie, on est imposable à partir de 10 ans, en Guinée à 8 ans, au Dahomey à 16 ans.

Les comparaisons, dans le domaine démographique, sont donc difficiles entre les différents territoires d'Afrique Noire.

M. de Marqueissac, après enquête démographique en pays Cabrais, dans le Nord-Togo, écrit :

« A un an, l'enfant africain marche.
« A 15 ans, il paie l'impôt.
« A 45 ans, c'est la vieillesse.

« La société est constituée de telle façon que chaque âge a ses « devoirs, de sorte que l'on peut donner l'âge d'une personne « absente. »

A titre indicatif, nous reproduisons, extraits des sondages démographiques effectués en 1930, le tableau suivant :

	ENFANTS de 0 à 14 ans	ADULTES 14 à 15 ans	VIEILLARDS + de 45 ans
Cercle de Lomé	41,3 %	48,3 %	10,3 %
— Anecho	38,6 %	53,7 %	7,7 %
— Klouto	43 %	48,7 %	8,3 %
— Atakpame	35,9 %	59 %	5,1 %
— Sokodé	33,7 %	56,1 %	10,8 %
— Bassari	35,9 %	52,6 %	11,5 %
— Lama-Kara	40,2 %	47,4 %	12,6 %
— Mango	46 %	47 %	7 %

Moyenne générale :

— Enfants : 39,2 ;
— Adultes : 51,6 ;
— Vieillards : 9,2.

L'enquête de Marqueissac — Canton de Lama-Kara — donne :

Sur 11.388 habitants :

— Enfants de 0 à 1 an : 3,6 % ;
— Enfants de 2 à 14 ans : 36,4 % ;
— Adultes de 15 à 45 ans : 48 % ;
— Adultes de 45 ans et plus : 9,4 %.

Si nous comparons ces résultats à ceux obtenus concernant la répartition de la population de la France pendant la même période :

France en 1931 :

Enfants et adolescents : 30,4 % ;
Adultes : 55,6 % ;
Vieillards : 14 %.

D'autre part, le standard-million de population-type, d'après les statisticiens anglais, donnerait les résultats suivants :

Types progressiste :

— Enfants : 40 % ;
— Adultes et vieillards : 60 %.

Type stationnaire :

— Enfants : 33 % ;
— Adultes et vieillards : 67 %.

Type régressif :

— Enfants : 20 % ;
— Adultes et vieillards : 80 %.

Notre population serait donc du type progressif.

Le rapport annuel de la France aux Nations-Unies, année 1949, tableau V, p. 273, donne les résultats des enquêtes effectuées par le Service d'Hygiène Mobile et de Prophylaxie.

RÉPARTITION DANS LES SECTEURS

SECTEURS	% des enfants de — de 15 ans	% d'adultes de — 55 ans	% vieillards
Mango	44,2	47,7	8,8
Lama-Kara, Pagouda	44,6	47,3	6,1
Bassari-Sokodé	43,8	49,3	6,7
Atakpamé	40,2	44,8	14,8
Palimé	42	47	8
Tsévie	39,7	45,8	8,9
Anécho	36,8	36,4	7,8
MOYENNE	41,9	45,5	8,7

Pour l'année 1950, nous lisons dans le rapport annuel, tableau V, p. 301 :

SECTEURS	% des enfants de — de 15 ans	% d'adultes de — 55 ans	% vieillards
Mango	48,55	46,17	5,26
Lama-kara, Pagouda	46,3	47,1	6,6
Bassari-Sokodé	43,96	48,86	7,16
Atakpamé	42,92	44,26	12,81
Palimé	43	47	10
Tsévie	43,5	49,4	7
Anécho	42,91	45,04	12,12
MOYENNE	44,5	44,1	11,4

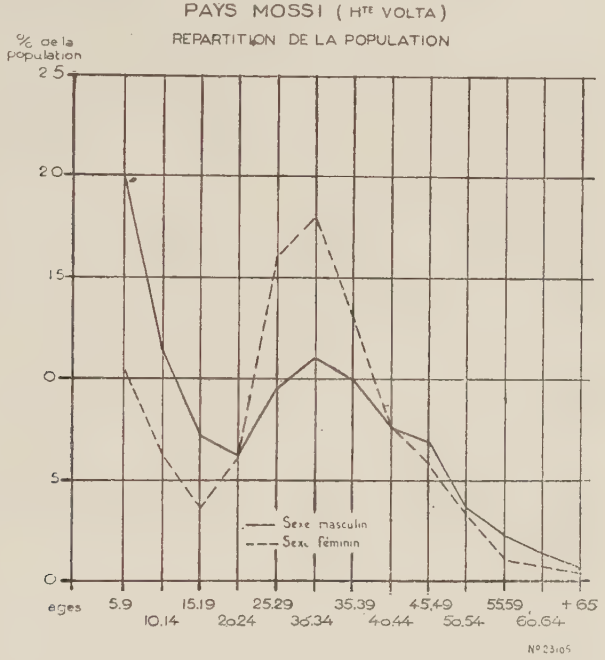
Donc,

	ANNÉE 1949	ANNÉE 1950
Enfants de moins de 15 ans	41,9 %	44,5 %
Adultes de moins de 55 ans	45,5 %	44,1 %
Vieillards	8,7 %	11,4 %

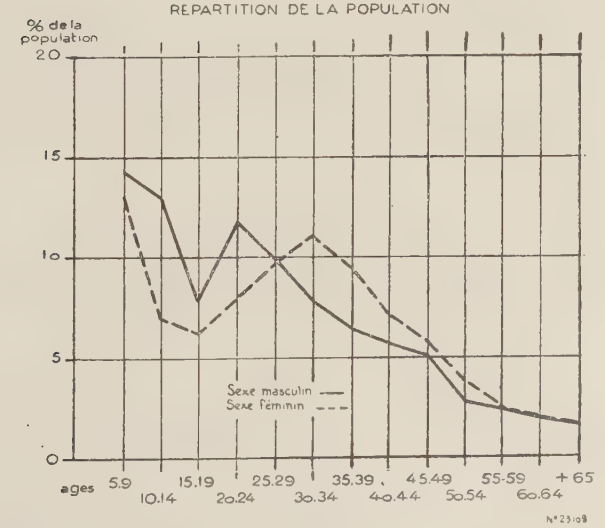
Une enquête sérieuse, effectuée en Haute-Volta, par l'Institut National d'Hygiène, publiée dans le Bulletin de l'Institut National d'Hygiène, tome 3, juillet-septembre 1948, donne, pour une population de 16.000 individus, examinés au cours de la prospection du trypanosome, les proportions par tranches d'âge, résumées dans le graphique I.

Pour le village de Pô, 3.000 habitants, les résultats sont résumés dans le graphique II.

La chute passagère se situant entre 10 et 25 ans, pour le sexe masculin , et pour le sexe féminin entre 10 et 20 ans, s'explique par les épidémies annuelles de méningite cérébro-spinale qui sévissent dans cette région depuis dix ans.



Graphique I



Graphique II

Ces graphiques mettent bien en valeur la chute brusque, à partir de 10 ans, du pourcentage de la population, chute que nous pouvons supposer similaire, en considérant les chiffres avancés pour le Togo, mais la classification en moins de 15 ans et plus de 55 ans, est par trop large pour que nous puissions en tirer des conclusions précises sur la moyenne de la durée de la vie chez le noir en Afrique.

Le noir, en Amérique, présentait, en 1820, un âge moyen de 17,2, écrit M. Lewis, dans son livre *The Biology of the Negroe*. Cet âge s'est élevé graduellement jusqu'en 1930, où il se situe à 23,6 ; c'est le taux le plus fort atteint jusqu'ici.

Une comparaison de la composition, selon l'âge, de la race blanche et de la race noire, en Amérique, a démontré que, depuis 1870, sauf en 1920 où il y a égalité entre les deux races, la population noire de 0 à 4 ans et de 5 à 15 ans est proportionnellement plus importante que la population blanche.

Remarquons la forte proportion (11,9 %) d'enfants noirs de 0 à 15 ans qui existe au Togo et en Afrique noire en général. Cette tranche d'âge représente environ la moitié de la population noire d'Afrique, ce qui confirme notre opinion que l'action sanitaire doit être d'abord dirigée en vue de la protection efficace des enfants de moins de 15 ans pour la sauvegarde de la race.

M. Lewis compare les populations blanche et noire : entre 19 et 29 ans, les nègres l'emportent sur les blancs. Entre 1870 et 1900, il y eut égalité des deux races pour cette tranche d'âge. Entre 20 et 29 ans, les nègres sont plus nombreux. Entre 30 et 44 ans, les nègres sont plus nombreux.

Mais, entre 45 et 64 ans, les blancs sont plus nombreux. Il serait intéressant d'étudier l'importance du facteur race dans la question de la longévité chez les noirs. Aussi bien en Amérique qu'en Afrique Noire, le noir meurt jeune et les enfants de 0 à 15 ans représentent près de 50 % de la population ; mais, tant de facteurs sociaux, économiques, sont en jeu, qu'il est difficile de mettre en cause, a priori, le facteur race.

c) *Le sex-ratio*

Le sex-ratio — pour l'ensemble de la population — selon l'enquête démographique de l'année 1930 qui a porté sur 235.510 sujets répartis dans divers secteurs sanitaires donne, pour l'ensemble de la population, un taux de 100,4.

Toutefois, le cercle de Lomé accuse un sex-ratio de 95, avec une nette prédominance féminine, comme en fait foi, encore actuellement, le tableau communiqué par l'état civil de Lomé (p. **11**), 5.695 hommes imposables contre 7.808 femmes imposables ; 6.943 filles contre 6.522 garçons.

Tandis que dans le Nord-Togo, à Bassari par exemple, il y aurait une prédominance masculine, le sex-ratio atteindrait 117.

Les rapports annuels de 1949 et de 1950 font état du sex-ratio selon l'âge et par secteur, travail effectué par le Service d'Hygiène Mobile et de Prophylaxie au cours de ses tournées de prospection ; la population visitée en 1949 était de 530.039 habitants et en 1950 de 588.215 habitants.

Pour l'année 1949 (tableau IV, p. 273)

NOMBRE D'HOMMES PAR RAPPORT A 100 FEMMES

SECTEURS	A la naissance	De 0 à 14 ans	De 15 à 45 ans	+ de 45 ans	Sur la totalité
Mango	91	108	95	92	101
Lama-Kara, Pagouda	86	104	101	84	100
Sokodé-Bassari	93	103	103	192	107
Atakpamé	84	98	103	172	109
Palimé	91	107	94	130	100
Lomé-Tsévie	87	101	108	95	103
Anécho	87	100	88	97	95
MOYENNE	90	103	99	103	101

Pour l'année 1950 (tableau IV, p. 301)

SECTEURS	A la naissance	De 0 à 14 ans	De 15 à 45 ans	+ de 45 ans	Sur la totalité
Mango	53,74	109,22	94,10	87,12	100,75
Lama-Kara, Pagouda	84	104	98	78	97
Sokodé-Bassari	96,25	105,39	105,50	185,31	109,65
Atakpamé	91,91	98,03	96,50	150,06	102,63
Palimé	88	97	75	110	89
Lomé-Tsévie	98	98	111	95	95
Anécho		102,18	73,04	89,01	96,47
MOYENNE	91,3	102,8	95,3	104,8	99,8

La lecture de ces deux tableaux porte à conclure que dans les régions du Nord telles que Sokodé, il y aurait une prédominance masculine, alors que dans le Sud et certaines régions du Nord, Exemple Mango, il existerait une prédominance féminine.

[illegible]

L'explication de la prédominance féminine dans le Sud pourrait être dans le fait que cette région est plus perméable aux prospections, plus connue, la femme plus évoluée, donc, les résultats des enquêtes plus près de la vérité. Alors que dans le Nord, le dénombrement des femmes serait plus difficile, car il se heurterait à certaines coutumes (?). On peut se poser la question, car la constance des différents pourcentages démographiques avancés pour Lomé par exemple, depuis 1930, prouve que dans les centres urbains explorés et connus, les résultats des enquêtes semblent exacts et constants.

D'autre part, à la naissance, on note dans tous les secteurs, une forte prédominance féminine, et, vers la fin de la vie, une prédominance masculine. Tout ceci poserait des problèmes intéressants, d'ordre social : les durs travaux imposés à la femme, la polygamie. La prédominance féminine, qui, jusqu'ici, justifiait la poly-

gamie aux yeux de certains sociologues, pourrait ne pas résister à une enquête minutieuse.

D'autant que les statistiques de 1820, écrit M. Lewis dans *The biology of the Negroe*, donne, chez les noirs d'Amérique, 1.034 à 1.003 hommes pour 1.000 femmes ; en 1870 : 962 hommes pour 1.000 femmes.

Le rapport entre hommes et femmes est sensiblement égal à celui de la majorité des pays européens. Or, le rapport chez les blancs, en Amérique, ressemble à ceux des pays non européens, avec un nombre plus important d'hommes.

Le docteur Lefrou, dans *Le Noir d'Afrique*, au chapitre « Démographie » « Sex-Ratio » dit, p. 311, en guise de conclusion... qui sera la nôtre pour la première phrase tout au moins : « Quoi « qu'il en soit, il ne demeure pas moins certain qu'une société « qui présente une forte prédominance féminine ne peut avoir un « code de famille » analogue à celui des pays civilisés. Un fait « biologique permet ainsi d'expliquer et de justifier des coutumes « sociales. »

d) *La nuptialité — La polygamie*

La question de la nuptialité et de la polygamie est un des facteurs sociaux les plus importants de la mortalité infantile.

Aussi, nous réservons-nous d'en analyser les incidences dans le chapitre consacré aux « causes de la mortalité infantile ».

Il semble que la polygamie soit plutôt fonction des coutumes propres à chaque pays, plutôt que la conséquence sociologique d'un état de fait. Elle ne semble pas non plus être très influencée par le contact de l'Afrique noire avec la civilisation européenne, elle paraît davantage être liée à une question économique.

Dans le rapport de 1930, un sondage effectué pour plus de 30.000 foyers déclare que 100 hommes épousent 151 femmes au Togo.

Comparons les pourcentages avancés en 1930, à ceux relevés dans le tableau 6, p. 302, du rapport annuel de 1950 :

	POURCENTAGE D'HOMMES AYANT :	
	1930	1950
Foyers à 0 épouse		22,7
— à 1 —	64,4	49,1
— à 2 épouses	24,7	17,9
— à 3 —	7	5,5
— à 4 —	2	
— à 5 —	1,05	1,7
— à 6 —	0,05	1,4

Ces tableaux laissent supposer une régression de la polygamie, en effet, le taux des foyers à 2, 3 et 4 épouses est sensiblement diminué, alors que les foyers à 5 ou 6 épouses auraient augmenté. Le nombre des célibataires paraît, en outre, important.

Le rapport de l'année 1949, tableau 111, p. 273, donne les taux de nuptialité suivants :

Pourcentage d'homme ayant :

SECTEURS	0 épouse	1 épouse	2 épouses	3 épouses	4 épouses	+ de 4 épouses
Mango						
Lama-Kara, Pagouda ...	8,8	57,1	25,8	6,1	1,4	6,8
Sokodé-Bassari	9	65	21,4	5,5	1,8	1
Atakpamé	40,4	45,9	10,2	2,4	0,5	0,3
Palimé	34	49	10,9	4,7	0,2	0,1
Lomé-Tsévie	20,6	43,6	21	8,3	3,7	2,7
Anécho	11,6	20,6	8,3	2,7	1	0,5
MOYENNE	20,7	46,8	16,2	4,6	1,4	0,9

La répartition de la polygamie par secteurs nous permet de constater que dans le cercle de Lomé, là où pour la population de 15 à 45 ans le sex-ratio est de 111, le nombre de foyers à 3, 4 et plus d'épouses est sensiblement le plus élevé.

La polygamie est plus répandue dans la région nord ; exemple la région de Lama-Kara-Pagouda où le nombre de foyers à plus de 1 épouses atteint le chiffre de 6,8 % ; cette région accuse un sex-ratio pour la population de 15 à 45 ans, de 101 à 98, donc sensible égalité des sexes.

Ce qui nous amène à penser que la lutte contre la polygamie en vue de la préservation de l'enfance, pourrait être entreprise avec énergie sans entraîner par ailleurs un grand préjudice social.

e) *La fécondité, stérilité, capacité génitale*

Le Bulletin Médical de l'A.O.F., publie, en conclusion du compte rendu des journées médicales tenues à Bobo-Dioulasso du 21 au 29 janvier 1949 (numéro spécial) un aperçu démographique des territoires de l'A.O.F., faisant état des coefficients de fécondité, stérilité et capacité génitales des femmes noires en Afrique.

« Bien que cette enquête n'ait concerné qu'un petit nombre « d'individus et n'atteint qu'une très faible partie de la population « féminine, elle peut cependant permettre de mettre en évidence « les anomalies particulières, d'esquisser la physionomie démo- « graphique de l'A.O.F., et de déterminer le comportement géné- « ral de la race noire.

« Les singularités observées ne pourraient qu'être signalées ; « des investigations ultérieures devant déterminer le degré de « leur importance, l'étendue de leur domaine, leur retentissement « sur le plan local, leurs répercussions sur l'économie des terri- « toires, les causes qui les provoquent et les moyens de les faire « disparaître.

« A partir de ces chiffres, plutôt que de procéder d'emblée à « l'étude séparée de chacune des races, il paraît préférable de « calculer d'abord les index moyens. Les taux ainsi obtenus pour- « ront, dans une certaine mesure, être considérés comme carac- « téristiques d'une population-type de l'A.O.F.

« Ils constitueront ainsi des éléments de comparaison qu'il est « difficile de découvrir dans une littérature démographique peu « abondante et qui ne concerne que des fractions du territoire « de la Fédération.

Etude statistique

Fécondité

Nombre de femmes interrogées	18.708
Femmes non stériles	17.099
Femmes de plus de 20 ans	15.749
Femmes stériles de plus 20 ans	1.184
Femmes enceintes au jour de l'enquête	1.156
Nombre de grossesses	50.581
Enfants nés vivants :	
Garçons	24.007
Filles	23.734
Total des enfants nés vivants	47.741
Taux de femmes stériles de plus de 20 ans par rapport au nombre de femmes de plus 20 ans	7,5 %
Taux de grossesses par rapport au nombre total de femmes de l'enquête	270,3 %
Taux de grossesses par rapport au nombre de femmes non stériles	295,7 %
Taux de femmes enceintes reconnues par rapport au nombre total de femmes de l'enquête	6,2 %

D'après le résultat de cette enquête, l'index moyen serait d'environ 2,957 enfants par femme, soit 3 enfants par femme non stérile.

M. H. Ulmer a présenté au Congrès de la Population, tenu en 1937 à Paris, les résultats de sondages effectués dans divers territoires de l'A.O.F.

Pour 100 femmes fécondes interrogées de tous âges ou de moins de 45 ans, il avance les chiffres suivants :

		NOMBRE DE GROSSESSES	NOMBRE D'ACCOUCHEMENTS
Sénégal	1933	410	
Gabon	1933	250	
A.E.F.	1935		380
Cameroun (*)	1933	455	420
Togo (*)	1934		525

*) Comprenant les femmes de plus de 45 ans.

Une statistique des familles, dressée pour la France, en 1931, donne les chiffres de 230 enfants, nés vivants, pour 100 femmes mariées de tous âges.

Ceci fait ressortir la fécondité des femmes noires de l'Afrique en général et, parmi les femmes de l'Afrique, les femmes du Togo, qui semblent l'emporter, d'après les résultats de cette enquête.

Le Service de Santé, dans son rapport annuel, année 1948, a calculé le coefficient de fécondité au Togo, c'est-à-dire le nombre d'enfants qu'ont eu, en un an, 10.000 femmes, et le rapport annuel pour l'année 1950, que la France adresse aux Nations-Unies, fait également état du coefficient de fécondité pour cette année.

Ces chiffres, par secteurs, sont reproduits dans le tableau ci-après :

SECTEURS	NOMBRE DE FEMMES		NOMBRE D'ENFANTS nés dans l'année		COEFFICIENT de fécondité	
	Année 1948	Année 1950	1948	1950	1948	1950
Mango	17.059	12.606	5.838	2.848	3.422	2.259,2
Lama-Kara-Pagouda ...	25.948	20.438	4.086	2.854	1.560	1.396
Sokodé-Bassari	21.825	27.786	3.915	3.611	1.789	1.307,90
Atakpamé	21.756	12.786	6.042	3.306	2.726	2.585
Palimé	12.231	14.317	947	740	779	516
Lomé-Tsévié		24.401		1.873		767
Anecho		23.094		3.637		1.574,86
TOTAL	98.819	135.211	20.829	18.869	2.217	1.396

Donc, moyenne de coefficient de fécondité *1396* et *2.217*. Alors qu'en France, en 1925-1927, ce coefficient était de *697*, en Allemagne de *748* et en Angleterre de *624*.

MM. Huber, Bunle, Boverat (*La population de la France, son évolution, ses perspectives*, Hachette, éditeur, 1950) écrivent page 110 : « La fécondité effective générale est réduite à *660* en 1926-1935, elle subit un effondrement durant la période 1936-1945, période de guerre. Elle s'élève à *1.080* en moyenne durant les années 1941-1945. »

Le rapport annuel de 1950 donne le *taux de capacité génitale* et *stérilité* reproduit ci-après :

Pourcentage de femmes ayant eu :

SECTEURS	1 GROSSESSE	2 GROSSESSES	3 GROSSESSES	4 GROSSESSES	5 GROSSESSES	+ DE 5 GROSSESSES	% DE FEMMES STÉRILES
Mango	12,75	18,20	17,6	33,12	4,5		4,45
Lama - Kara - Pagouda ...	2,4	3,8	7,2	14,3	18,9	52,5	0,9
Sokodé-Bassari.	9,30	15,36	18,23	17,70	14,80	22,1	2,46
Atakpamé - Palimé	9,6	13,8	11,27	10,34	9,54	34,90	10
Lomé-Tsévié ..	10,90	14,2	15,8	14,3	13,3	24,4	6,7
Anecho	18,70	12,22	9,48	5,09	4,28	17,16	0,69
Pourcentage moyen	10,6	12,4	13,1	15,8	12,5	30,2	4,2

Il semble donc que la majorité des femmes ont eu un nombre de grossesses égal ou supérieur à cinq, d'autre part, que les femmes cabraises de la région Lama-Kara-Pagouda soient les plus fécondes.

Le pourcentage des femmes stériles semble faible d'une façon générale, 1,2 en moyenne, alors qu'en France, le nombre de femmes mariées stériles serait de l'ordre de 7,9 à 8,6 %.

M. Lewis, dans *The Biology of the Negroe* estime que, du temps de l'esclavage des noirs aux Etats-Unis, il y avait en moyenne 9 enfants par femme ; actuellement, le pourcentage des par femme noire est normalement de 3,1 et par femme blanche de 3,0, mais le gain net d'enfants noirs est de 89,5 % des enfants vivants, soit 3,2 enfants par femme noire et de 92,7 % des enfants blancs, soit 2,7 enfants pour les blancs, par mère ; ce qui est fort réduit, comparativement à la perte considérable subie en Afrique qui serait de 50 % des enfants nés vivants pour les enfants de la première année, taux regrettablement élevé vu la fécondité des femmes noires, et qui nous a incité à entreprendre l'étude des facteurs de cette mortalité élevée des enfants noirs en Afrique.

f) *La natalité*

Le nombre des naissances a pu être évalué :

1° En milieu hospitalier ;

2° Par interrogatoires.

L'état civil de Lomé a enregistré pour les années :

	NAISSANCES		TOTAL	MARIAGES Nombre
	Masculin	Féminin		
1939	169	179	348	67
1940	241	230	471	29
1941	285	247	532	[illegible]
1942	305	280	585	46
1943	356	312	668	81
1944	384	372	756	18
1945	363	381	744	27
1946	485	482	967	85
1947	584	591	1.175	55
1948	521	481	1.002	164
	3.693	3.555	7.428	599

chiffres qui sont difficiles à interpréter et ne peuvent servir à établir un index démographique.

Les enquêtes faites en 1930, portant sur l'interrogatoire de 6.284 femmes, avancent un taux de natalité de 56,2 pour 1.000 pour le cercle de Lomé, 33 pour 1.000 pour le cercle de Klouto.

Dans le cercle de Sokodé, dans la tribu des Mobas, 62 pour 1.000.

La moyenne serait donc de 49,6 pour 1.000

Le rapport annuel, pour l'année 1948, donne le résultat des travaux effectués durant l'année, par le Service d'Hygiène Mobile et de Prophylaxie.

NATALITE GENERALE

SECTEURS	NATALITÉ			TAUX MOYEN annuel pour 1.000
	Hommes	Femmes	Total	
Mango	2.037	2.230	4.267	57,6
Lama-Kara-Pagouda .	1.475	1.712	3.187	28,9
Sokodé-Bassari	1.577	1.679	3.256	35,8
Atakpamé	306	362	668	29,4
Palimé	450	457	907	28
Lomé-Tsévié	1.041	1.192	2.233	19,2
Anecho				
TOTAUX	6.886	7.632	14.528	30,3

Pour l'année 1950, le total des naissances connues a été de 8.992 naissances masculines, 9.849 naissances féminines, soit un total de 18.841 naissances et un taux de natalité moyen de 30,3 pour 1.000.

Il est intéressant de comparer ce taux officiel à celui d'autres pays, extraits du rapport épidémiologique et démographique de l'organisation mondiale de la santé (juin 1950).

En Europe :

— Belgique en 1948 ..... 16,7 pour 1.000
— Danemark en 1948 ..... 20,3 »
— France en 1948 ..... 20,8 »

En Amérique :

— Etats-Unis en 1948 ..... 24,2 »

M. Lewis cite, d'après Dullin, le taux de natalité, qui était de 55 pour 1.000 pendant la période d'esclavage chez les noirs, aux Etats-Unis, et qui, actuellement, atteindrait le chiffre de 16 pour 1.000.

Dans d'autres pays d'Amérique, au Mexique en 1948, taux de 44,5 pour 1.000.

En Egypte, en 1948, le taux est de 53,1 pour 1.000.

Ces chiffres sont intéressants à comparer, car, hormis les naissances hospitalières, le contrôle des naissances est extrêmement difficile dans l'ensemble du territoire togolais et le chiffre de 30,3 pour 1.000, tenant compte du coefficient de fécondité 1396 et 2217, du faible coefficient de stérilité, 1,2 %, il semble que le taux de natalité serait plus proche de ceux des pays tels que l'Egypte ou le Mexique.

Quoi qu'il en soit, le taux officiel de 30,3 pour 1.000 avancé est le double de celui de la Belgique et nettement supérieur à celui des autres pays européens ; il se rapproche du taux des naissances en Angleterre en 1871-1880 et il est supérieur à celui de la France en la même période 25,4 pour 1.000.

La natalité est élevée, en Afrique Noire, et les femmes togolaises sont fécondes. Le cri d'alarme lancé par les puissances coloniales

« l'Afrique est un continent qui se dépeuple » doit nous inciter à tout mettre en œuvre pour que cette natalité élevée ne soit contrebalancée de façon excessive par la mortalité infantile.

g) *La mortalité générale*

Les chiffres de décès avancés auraient tendance à se rapprocher de la réalité en ce qui concerne les adultes, car les familles s'empressent d'en aviser les autorités pour éviter le paiement de l'impôt personnel en vigueur.

D'autre part, ce chiffre de mortalité est extrêmement variable à cause des maladies endemo-épidémiques qui sévissent avec plus ou moins d'intensité et de fréquence, suivant les régions et les saisons.

Le rapport de l'année 1948, établit page 272, le tableau de la

MORTALITE GENERALE PAR SECTEURS

SECTEURS	TAUX MOYEN ANNUEL PAR 1.000 HAB.	0-1 AN	1-4 ANS	5-9 ANS	10-14 ANS	15-24 ANS	25-44 ANS	45 ANS
Mango	14,9	195	91	99	91	95	295	340
Lama-Kara-Pagouda.	29,1	391	790	391	164	229	437	808
Sokodé-Bassari.	24,5	272	549	253	100	247	453	354
Atakpamé	40,5	44	119	127	70	105	121	261
Palimé	20	36	133	51	26	41	107	211
Lomé-Tsévié ..	20,10	103	359	366	136	232	469	669
Anecho								
TOTAUX ...	23,5	1.040	2.041	1.287	1.667	949	1.882	2.643

Comparons le taux moyen de 23,5 aux taux d'autres pays (extrait du Bulletin de l'Organisation Mondiale de la Santé).

En France, pour l'année 1948, la mortalité générale est de 12,2 pour 1.000.

En Belgique 12,6, au Danemark 8,6, En Amérique (U.S.A.) 9,9, Egypte 25,8, Mexique 16,3, pour les deux villes de Bogota en Colombie 16,0, et Lomé 20,10.

M. Lewis, en ce qui concerne la population noire aux Etats-Unis, avance que l'enquête d'une Compagnie d'Assurances prouve que pour une période allant de 1911 à 1935 et pour l'âge de 1 à 74 ans, la mortalité chez l'homme noir est de 40 % plus élevée que chez l'homme blanc et 70 % plus élevée chez la femme noire que chez la femme blanche.

En 1950, l'enquête du Service d'Hygiène Mobile et de Prophylaxie a révélé un taux moyen annuel global de 24,7 pour 1.000 habitants.

La répartition du *taux de mortalité pour* 100 *décès totaux et selon l'âge*, a été étudiée par Mme Bonnecarrère et M. Bertrand, dans une enquête concernant la mortalité infantile et la mortinatalité au Togo en 1931.

De celle-ci, nous retenons :

Année 1927 :

— Nourrissons de 0 à 1 an : 15-28,6 % ;
— Enfants de 1 à 15 ans : 13,8-15,7 % ;
— Adultes : 29 à 61 % ;
— Vieillards : 9,9-26,4 %.

Année 1930 :

— Nourrissons : 21 à 30,14 % ;
— Enfants : 17 à 20,3 % ;
— Adultes : 25-7-42 % ;
— Vieillards : 17,3-19,1 %.

Cette approximation, assez exacte de décès, donne une moyenne pondérée, pour 1 années : 1927, 1928, 1929, 1930 (Dr Lefrou, *Le Noir d'Afrique*).

Enfants : 41 %.
Adultes : 37 %.
Vieillards : 22 %.

Pour l'année 1930, la répartition moyenne de décès a été en France :

Enfants : 0 à 15 ans : 10 %.
Adultes : 15 à 59 ans : 30 %.
Vieillards : 60 %.

Le Service d'Hygiène Mobile et de Prophylaxie relaté dans le rapport annuel (année 1948) p. 273, communique le tableau suivant :

TAUX DE MORTALITE

SECTEURS	DÉCÈS POUR CENT DÉCÈS TOTAUX			
	0 à 1 an	1 à 14 ans	15 à 45 ans	45 ans
Mango	13,9	33,3	27	24,3
Lama-Kara-Pagouda .	12,1	54	20,8	25,8
Sokodé-Bassari	11,8	52,1	31,8	15,9
Atakpamé	5	37,2	29,3	28,6
Palimé	3,4	36,3	21,8	28
Lomé-Tsévié	4,4	40,8	30	28,6
Anecho	4,4	40,8	30	28,6

Pour l'année 1950 :

Décès de 0 à 14 ans : 45,1 % ;
Décès de 15 à 45 ans : 24 % ;
Décès de plus de 45 ans : 30,7 %.

Une comparaison des décès, par âge, dans d'autres territoires d'Afrique et en France, donne les chiffres suivants, d'après le Dr Lefrou, *Le Noir dAfrique :*

	SÉNÉGAL	GUINÉE	CÔTE-D'IVOIRE	TOGO (année 31)	FRANCE
Enfants	51 %	41 %	37 %	41 %	10 %
Adultes	32 %	43 %	40 %	37 %	30 %
Vieillards	17 %	16 %	23 %	22 %	60 %

De ces différents chiffres, nous pouvons déduire que le taux de mortalité chez les enfants est élevé, en Afrique Noire, par rapport au taux de mortalité générale, entre 50 et 40 % des décès totaux et qu'il est pratiquement constant, depuis l'enquête de 1930, alors qu'en France, ce taux était en 1930 de 10 % des décès totaux.

Il est clair que les enfants de 0 à 15 ans paient le plus lourd tribu à la mortalité en Afrique Noire, alors qu'en France ce sont surtout les vieillards qui meurent.

Pour ce qui est de la population noire aux Etats-Unis, M. Lewis constate que le grand handicap de l'augmentation de la population noire réside dans le taux de mortalité qui n'est pas seulement élevé, en général, mais atteint l'élément le plus productif de la population, ceux ayant 45 ans et les adolescents.

Il serait évidemment intéressant de se pencher sur ce problème complexe du Noir en Amérique, mais tel n'est pas notre sujet. Nous nous bornerons à étudier plus en détail la mortalité infantile et la mortinatalité en Afrique Noire et à faire ressortir son importance dans le mouvement démographique du Togo.

h) *La mortalité infantile et la mortinatalité*

D'une façon générale, dans toute l'Afrique Noire, la mortalité infantile et la mortinatalité sont considérables.

M. Sanya Dajo Onabamiro, dans un ouvrage consacré au problème de la mortalité infantile en Afrique Noire, *Why our Children die*, a fait état des taux de mortalité infantile et mortinatalité dans les territoires d'Afrique qui relèvent de la Grande-Bretagne ; ils oscillent, en *milieu hospitalier :*

Pour la ville de Lagos, en Nigéria, donc un grand centre équipé sanitairement, entre 135 à 109 pour 1.000 nés vivants et le taux de mortinatalité entre 2,9 et 3,5 pour 1.000, l'auteur, originaire de l'Afrique, précise que ces chiffres ne correspondent pas au chiffre réel de la mortalité infantile pour l'ensemble de la Nigéria et avance le chiffre de 42 %, issu des résultats d'enquêtes entreprises par la Methodist Mission, qui se rapproche davantage de la réalité.

A titre indicatif, voici quelques statistiques relevées en milieu hospitalier, pour d'autres colonies britanniques :

	NATALITÉ taux p. 1.000 vivants	MORTALITÉ INFANTILE pour 1.000		MORTINATALITÉ p. 1.000
Gold Coast (Accra)	37,4	119	en 1945	70
Sierra Leone (Freetown).		243	en 1937	12,3 en 1938
		208	en 1946	
Gambia (Bathurst)		369,7	en 1936	137,5
		153,84	en 1945	

Le médecin général Candiotti, de l'Office National d'Hygiène, nous a communiqué les résultats des sondages effectués au cours du 2e semestre 1948 en A.O.F., ce sont pour les enfants de 0 à 1 an :

250 décès pour 1.000 nés vivants au Soudan ;
128 décès pour 1.000 nés vivants en Côte d'Ivoire ;
200 décès pour 1.000 nés vivants en Guinée ;
117 à 218 décès pour 1.000 nés vivants en Haute-Volta,

chiffres relevés en *milieu hospitalier*, qui sont sensiblement égaux aux chiffres des rapports du Service de Santé Coloniale de la Grande-Bretagne, cités par M. Onalamiro.

M. Candiotti ajoute que la moyenne de 182 décès d'enfants de 0 à 1 an pour 1.000 nés vivants serait au minimum voisine de celle d'Européens d'âge correspondant voilà 150 ans. Le taux était en 1948 de 66 et 55 en 1949 en France.

L'enquête entreprise par le Service d'Hygiène Mobile et de Prophylaxie, en 1949, dont nous avons fait état, au chapitre « Fécondité », avance, en ce qui concerne la mortalité infantile et la mortinatalité, les chiffres suivants :

Pour 18.708 femmes, interrogées, comprenant 15.749 femmes de plus de 20 ans :

MORTINATALITÉ

Nombre d'avortements	1.857
Nombre de morts-nés	983

MORTALITÉ INFANTILE

Première année	8.733
Deuxième année	2.590
De 3 à moins de 5 ans	2.257
De 5 à moins de 7 ans	1.012
De 7 à moins de 10 ans	802
De 10 à moins de 15 ans	576
Total de 0 à 14 ans	15.977
15 ans et plus	962

ENFANTS NÉS VIVANTS

Garçons	24.007
Filles	23.734
Total	47.741

ENFANTS SURVIVANTS

De moins de 15 ans :

Garçons	10.084
Filles	9.746
Total	19.830

De 15 ans et plus :	
Garçons	5.376
Filles	5.596
Total	10.972
Total des survivants :	
Garçons	15.460
Filles	15.342
Total	30.802
Taux des avortements par rapport au nombre de grossesses terminées	5,8 %
Taux des morts-nés par rapport au nombre de grossesses terminées	2,01 %
Taux des enfants nés vivants par rapport au nombre de grossesses terminées	94,3 %
Taux de mortalité première année par rapport au nombre d'enfants nés vivants	18,2 %
Taux de mortalité seconde année, par rapport au nombre d'enfants nés vivants	5,1 %
Taux de mortalité de 3 à moins de 5 ans par rapport au nombre d'enfants nés vivants	4,7 %
Taux de mortalité de 5 à moins de 7 ans par rapport au nombre d'enfants nés vivants	2,1 %
Taux de mortalité de 7 à moins de 10 ans par rapport au nombre d'enfants nés vivants	1,6 %
Taux de mortalité de 10 à moins de 15 ans par rapport au nombre d'enfants nés vivants	1,2 %
Taux global de mortalité infantile (0 à 15 ans)	33,4 %
Nombre d'enfants vivants par femme interrogée	1,6 %

Pour le Togo, Mme Bonnecarrère et M. Bertrand ont établi, par cercle, pour les années 1926, 1927, 1928, 1929 et 1930, le taux de mortalité infantile. Cette enquête a donné une moyenne pondérée, pour l'ensemble du territoire, pour chacune de ces années de :

359, 319, 331,2, 332, 329 pour 1.000 nés vivants.

La moyenne pondérée, pour les 4 années, pour l'ensemble du territoire, étant de 335 pour 1.000.

Les rapports que la France adresse aux Nations-Unies donnent pour les années 1948 et 1950 les taux suivants :

SECTEURS	DÉCÈS DE 0 A 1 AN pour 1.000 nés vivants Année 1949	Année 1950
Mango	45,4	73,38
Lama-Kara-Pagouda	121,1	56
Sokodé-Bassari	84,3	100,52
Atakpamé	46,7	52,90
Palimé	25,4	39
Lomé-Tsévie	44,1	40
Anécho		22,92
MOYENNE	76,8	54,3

Ces chiffres nous paraissent très en-deça de la vérité et cela tient, très probablement, aux difficultés d'une enquête délicate.

Les taux de mortalité infantile dans d'autres pays africains, extraits du Bulletin de l'Organisation Mondiale de la Santé (juin 1950) tels que :

l'Egypte (Alexandrie) sont pour 1947 de 192 p. 1.000
et 1948 de 173 p. 1.000

(au Caire) ce taux est en 1948 de 200 p. 1.000

en Tunisie en 1948 de 151 p. 1.000

Il est intéressant de signaler qu'en Union Sud-Africaine où la population noire, comme dans tous les autres territoires de l'Afrique Noire, accuse un taux de mortalité infantile très élevé, la population blanche accuse un taux de mortalité infantile aussi bas que :

	A CAPETOWN	A JOHANESBOURG
Année 1948	33	32
Année 1949	30	32

En Rhodésie, population blanche 1948 : 32

En Rhodésie, population blanche 1949 : 29

ce qui, *à notre avis, met bien en relief, dans ces territoires, le facteur, à la fois racial et social de la mortalité infantile en Afrique Noire.*

Le taux de la mortalité infantile blanche, en Union Sud-Africaine, est sensiblement égal à celui des pays européens les plus favorisés :

PAYS	ANNEES 1948	1949
Royaume-Uni	34	32
Suède	23	25
Suisse	36	34
Danemark	35	34
Et inférieur à celui de la :		
France	51	55
et de l'Italie	71	74

D'après les rapports précédemment cités pour le Togo, le taux de mortalité infantile 76,8-54,3 pour ce territoire serait équivalent à ceux de la France et de l'Italie, ce qui est inconcevable vu les documents précédemment cités et les faits.

Aux Etats-Unis, le taux de mortalité infantile est de 32 et 31 p. 1.000 pour les années 1948 et 1949, mais, pour ce qui est de la population noire, M. Lewis, dans *The Biology of the Negroe* écrit ce que le noir gagne en forte natalité, il le perd en une mortalité infantile élevée.

Environ 250.000 nègres sont nés par an aux U.S.A., dont deux tiers dans les campagnes. De ce taux, 22.000 meurent toutes les années. En 1934, la mortalité du nourrisson blanc, de moins d'un an, était de 54,5 p. 1.000 et pour le nourrisson noir de 91 p. 1.000.

Le pourcentage d'enfants noirs vivants, par rapport à celui des enfants blancs, en 1934, est de :

89,5 % pour les noirs

et de 92,7 % pour les blancs.

Une étude comparative plus poussée serait intéressante à savoir si, placé dans les mêmes conditions, économiques et sociales, la mortalité infantile, selon la cause, serait ou non identique, pour la race noire et pour la race blanche.

Dans cet esprit, il est intéressant de relater une enquête entreprise par l'Institut National d'Hygiène, faisant état de l'influence de la présence française — en l'occurrence les missions — sur la régression de la mortalité infantile en Haute-Volta.

Les enquêteurs ont utilisé les registres de baptême des six missions catholiques de la Haute-Volta. Ils ont étudié une fraction de la population connue et suivie par les membres de la mission catholique. Ils en ont tiré des conclusions sur l'évolution de la mortalité infantile chez ce groupe de population, en fonction de l'ancienneté de la présence française en Haute-Volta.

Nous regrettons de ne pouvoir reproduire intégralement cette intéressante étude. Citons quelques chiffres pour la Mission de Ouagadougou, la mortalité infantile est passée de 38 % en 1901-1910 à 10,5 % en 1941-1945.

	1901-1910	1911-20	1921-30	1931-40	1941-45
De 0 à 1 an	38 % des enfants vivants	29,5 % des enf. vivants	18,6 %	21 %	10,5 %
1 à 2 ans	10	9,7	8,1	10,5	
2 à 3 ans	4,8	6,4	5,2	7,2	
3 à 4 ans	1,7	5,9	3,6	4,6	
4 à 5 ans		4,4	3,6	2,8	
5 à 6 ans	3,4	3,1	1,5	1,9	
6 à 7 ans	3,5	2,1	1,6	1,4	
7 à 8 ans	1,8	2,7	0,7	0,8	
8 à 9 ans		2,2	0,7	0,6	
9 à 10 ans	7,4	0,6	0,5	0,3	
10 à 14 ans	8	3,4	2,9		

TABLE DE MORTALITE DE LA POPULATION FRANÇAISE
ET DE LA POPULATION DES « MISSIONS »

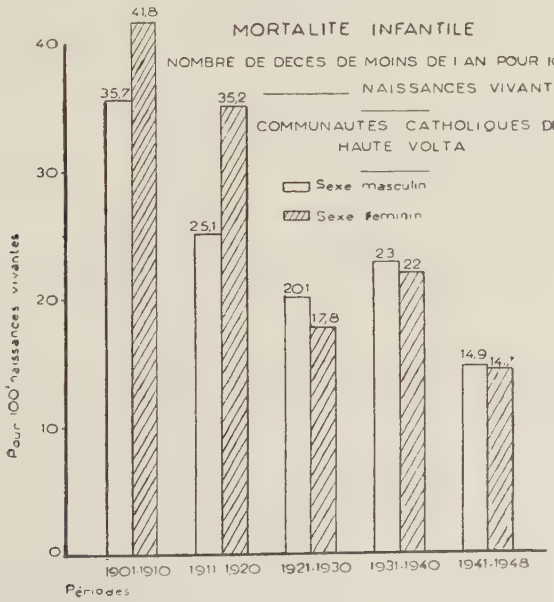
DEUX SEXES

AGES	QUOTIENTS DE MORTALITÉ de l'âge x à l'âge x + n			SURVIVANTS A L'AGE X		
	France entière (1933-38) ‰	Missions (1931-40) ‰	Ecarts de mortalité %	France entière (1933-38)	Missions (1931-40)	Ecarts de survie %
Naissance .	67,9	225	+ 230	1.000	1.000	—
1 an	13,4	98	+ 632	932	775	— 16,9
2 ans	5,2	70	+ 1.245	920	700	— 21,7
3 »	3,5	45	+ 1.182	915	651	— 28,9
4 »	2,7	25	+ 827	912	623	— 31,7
5 »	2,3	22	+ 857	909	606	— 33,3
6 »	2	13	+ 551	907	593	— 34,6
7 »	1,7	9	+ 429	905	586	— 35,3
8 »	1,5	10	+ 567	904	581	— 35,7
9 »	1,4	6	+ 329	903	575	— 36,3
10 »	1,35	29	+ 115	901	573	— 36,4

L'auteur met en relief la surmortalité noire pour les enfants de 2 et 3 ans.

D'autre part, l'auteur tire des conclusions intéressantes, à savoir :

1° Que si la mortalité infantile moyenne est certainement plus élevée dans l'ensemble de la Haute-Volta, que celle-ci a notablement régressé sous l'influence des Missions, bien que le taux de mortalité des enfants de 0 à 1 an reste élevé ;



GRAPHIQUE III

2° Que la moratlité, chez les filles, qui était plus élevée que celle des garçons, tend à devenir égale à celle-là.

M. Lefrou, dans son livre, *Le Noir d'Afrique*, étudie *la mortalité infantile* (0 *à* 1 *an*) *en considérant la proportion des décès aux divers âges.*

La statistique suivante donne la répartition moyenne, calculée sur 10 années, de la mortalité par âge, rapportée à 100 décès totaux.

La mortalité de 0 à 3 jours a été mentionnée à part, parce que la loi française autorise à considérer comme mort-nés, les enfants ayant succombé le quatrième jour. La statistique porte sur 1.500 enfants décédés de 0 à 1 an.

De 0 à 3 jours	9,8 %	pendant le 1er mois : 44,1 %
De 4 à 8 jours	20,8 %	
De 8 à 15 jours	9,3 %	
De 16 jours à 1 mois	4,2 %	
Pendant le 1er mois	5,5 %	pendant le 1er trimestre à partir du 1er mois : 14,7 %
— 2e —	4,6 %	
— 3e —	4,6 %	
— 4e —	3,6 %	pendant le 2e trim. : 10,4 %
— 5e —	3,1 %	
— 6e —	3,7 %	
— 7e —	3,9 %	pendant le 2e trim. : 29,3 %
— 8e —	3,1 %	
— 9e —	3,4 %	
— 10e —	4,7 %	
— 11e —	2,3 %	
— 12e —	12,3 %	

Le résumé peut être présenté comme il suit :

Pendant les 15 premiers jours	: 39,9 %
Pendant la 2e quinzaine	: 4,2 %
Par mois, jusqu'au 12e mois	: 2,2 à 4,5 %
Pendant le 12e mois	: 12,3 %

M. Lefrou souligne que M. Heckenroth a communiqué, pour Dakar, des indications qui coïncident de très près avec celles obtenues à Saint-Louis.

D'autre part, M. G. Ollivier, dans une étude, *L'obstétrique en pays Mossi*, précise que pour 477 nouveaux-nés qu'il a pu suivre, la mortalité précoce des 20 premiers jours, atteignait le tiers de la mortalité infantile de la première année.

M. Lefrou compare la répartition de la mortalité infantile aux divers âges, au Sénégal et en France, rapporte à 100 décès totaux d'enfants, de 0 à 1 an :

	SÉNÉGAL	FRANCE
1re quinzaine	39,9 %	1,8 %
2e quinzaine	4,2 %	5,3 %
1er trimestre (à partir du 1er mois)	14,7 %	24,6 %
2e trimestre	10,4 %	30,5 %
2e semestre	29,6 %	37,7 %

Aussi, conclut le Dr Lefrou, sur 100 décès totaux les nourrissons noirs en totalisent :

40 % dans la 1re quinzaine,
4 % dans la 2e quinzaine
et ensuite : 56 %.

Tandis que les nourrissons blancs ont au contraire la graduation suivante :

2 % la première quinzaine,
5 % la seconde qunizaine
et ensuite : 93 %.

Ce qui amène l'auteur à déduire logiquement que le principal effort dans la lutte *contre la mortalité infantile doit porter sur le nouveau-né pendant la première quinzaine de son existence.*

Conclusion extrêmement intéressante et que de nombreuses observations confirment :

M. Onabamiro, originaire de la Nigéria, dans *Why our Children die*, établit qu'à Bathurst, en Gambie, sur 84 décès survenus au cours de la première année, 17 meurent au cours de la première semaine, et 32 au cours du premier mois.

Le rapport de 1911 du Service de Santé britannique, note pour la Sierra-Leone, que sur 339 décès, de 0 à 1 an, 184, soit 54 %, meurent au cours du premier mois.

M. Lewis, *The Biology of the Negroe*, écrit que la mortalité infantile, chez les noirs d'Amérique, en ce qui concerne les enfants de moins d'un mois, est sensiblement plus élevée que chez les nourrissons blancs.

soit pour 1934 : 36,6 p. 1.000 chez les blancs
et 54,1 p. 1.000 nés vivants, chez les noirs.

Le tableau ci-joint, communiqué par l'état civil de Lomé, met nettement en lumière :

1° Le taux élevé de la mortalité chez les enfants, de 0 à 7 ans, par rapport à la mortalité totale, soit 1.378 décès, enregistrés en 10 ans, pour un total de 2.870, donc 50 % environ ;

2° Le taux élevé des décès, de 0 à 30 mois, par rapport aux décès de 0 à 7 ans, soit 891 décès enregistrés en 10 ans, sur un total de 1.378.

3° Le taux élevé des décès, de 0 jour à 2 mois, par rapport au total des décès de 0 jour à 30 mois, soit 206 décès enregistrés pour les enfants de 0 à 2 mois en 10 ans, sur un total de 891, comprenant les décès des enfants de 0 à 30 mois.

DÉCÈS

ANNEES	DE 0 JOUR à 2 mois		DE 2 MOIS à 30 mois		D DE 30 MOIS à 7 ans		E DE 7 AN à 15 an	
	masc.	fém.	masc.	fém.	masc.	fém.	masc.	fé
1939	10	6	37	13	15	5	4	
1940	13	10	44	31	17	16	6	
1941	11	9	31	20	12	12	5	1
1942	12	7	41	28	26	25	8	1
1943	8	10	22	22	30	20	7	
1944	12	12	56	46	22	16	11	
1945	10	9	45	35	15	10	9	1
1946	10	11	31	41	19	11	5	1
1947	14	11	33	42	25	12	8	
1948	7	14	34	33	20	16	5	1
TOTAUX	107	99	374	311	191	143	68	8

Ainsi, pour les deux premiers mois, la moyenne par mois est de 103 décès, alors que la moyenne générale, calculée pour 30 mois, est de 27 décès par mois, ce qui met nettement en lumière le taux élevé de la mortalité infantile chez les enfants à Lomé au cours des deux premiers mois.

La mortinatalité en milieu hospitalier s'établit comme suit, d'après les rapports annuels du Service de Santé au Togo.

ANNÉES	Accouchements	Enfants vivants	Avortements	Mort-nés	Macérés	DÉCÈS 0-2 ans	DÉCÈS 2-5 ans	Mortalité générale
1935	1.189		85	81		281	62	
			= 166					
1936	1.250		86	62	23	75	13	
			= 171					
1939	3.240	3.082	85	157		10	1	259
			= 242					
1940	2.854	2.776	120	145				292
			= 265					
1945	2.644	2.387	144	145		13	1	
			289					
1946	3.514		236	278		3	2	279
			= 514					
1947	4.412	4.138	234	182		20		329
			416					
1948	4.810	4.412	140	238		31	14	
			= 378					

Donc, pour ces 8 années :

23.513 accouchements ont été enregistrés dans les maternités et 2.501 avortements, ou mort-nés, ce qui fait une moyenne pondérée de : *106,3* pour 1.000 accouchements.

E 15 ans 20 ans		C de 20 ans à 40 ans		E de 40 ans à 60 ans		S au-dessus de 60 ans		TOTAL masc.	TOTAL fém.	TOTAL général
asc.	fém.	masc.	fém.	masc.	fém.	masc.	fém.			
2	4	31	31	22	13	17	12	138	92	230
4	5	30	27	17	8	18	18	149	118	267
6	7	26	28	21	18	15	12	127	116	243
6	3	25	21	25	13	20	26	163	138	301
5	8	36	26	19	15	19	23	136	130	266
9	2	33	29	31	13	19	20	193	145	338
4	10	37	15	31	14	27	18	178	121	299
4	6	31	33	33	21	28	22	161	157	318
6	8	33	26	21	9	31	30	171	142	313
3	7	40	20	23	15	17	31	149	146	295
9	60	322	256	243	139	211	212	1.565	1.305	2.870

Il a été établi que, d'une façon générale, pour des causes diverses, la mortinatalité était relativement élevée dans l'ensemble du Togo. Les chiffres que Mme Bonnecarrère et M. Bertrand avancent, dans leur enquête par interrogatoires de 1930 — soit, pour l'ensemble des cinq années 1926, 1927, 1928, 1929, 1930, et par cercles, une moyenne pondérée pour l'ensemble du territoire de 44 pour 1.000 accouchements — sont considérés comme très en-deça de la vérité.

En réalité, en Afrique noire, il faut être prudent quant aux interprétations et aux conclusions à tirer des enquêtes par interrogatoires. Or, pour ce qui est de la mortinatalité, il est difficile de procéder autrement.

Nous nous bornerons ici à faire état des chiffres relevés en milieux hospitaliers pendant l'année 1940, publiés par les Annales de Médecine et de Pharmacie Coloniale.

A Dakar, pour 2.898 naissances enregistrées à l'état civil (1.039 ont eu lieu dans les maternités), on compte 171 mort-nés, soit 59. p. 1.000 naissances vivants.

Les accouchements prématurés sont de l'ordre de 49 p. 1.000.

En Côte d'Ivoire,

Pour 11.276 accouchements normaux on enregistre :

168 — gemellaires,
98 — dystociques,
306 — prématurés,
271 avortements,
et 381 mort-nés.

Donc, 52,3 pour 1.000 grossesses ne donnent pas d'enfants vivants.

Au Dahomey,

Pour 5.224 accouchements :

90 dystociques,
166 gemellaires,
107 prématurés,
145 interventions chirurgicales,
201 avortements,
430 mort-nés.

Donc, 70,8 pour 1.000 grossesses ne donnent pas d'enfants vivants.

Au Togo, pour la même année, pour un total de 2.854 accouchements signalés dans le précédent tableau, on compte :

2.651 accouchements normaux,
85 dystociques,
67 gemellaires,
51 prématurés,
145 mort-nés,
120 avortements.

Donc, 92,9 sur 1.000 grossesses n'ont pas abouti à des naissances vivantes.

Tout en tenant compte des faits que :

1° La statistique, en milieu hospitalier, n'embrasse qu'une minorité de la population.

2° Que la proportion des avortements, mort-nés, prématurés etc. est sensiblement augmentée du fait que beaucoup de cas désespérés — le nombre important des dystocies en fait foi — sont dirigés vers les hôpitaux et contribuent à fausser les statistiques.

Il semble que la syphilis, et le paludisme principalement, suffisent à justifier le taux élevé de mortinatalité qui est généralement admis en Afrique noire.

M. Lefrou admet, p. 320 et 321, *Le Noir d'Afrique,* que le taux de mortinatalité africaine apparaît être de l'ordre de 150 pour 1.000 naissances vivantes et serait ainsi quatre fois plus élevé qu'en France.

Du chapitre de la mortalité infantile et de la mortinatalité, nous ne retiendrons que :

1° Dans toute l'Afrique Noire, les taux de mortalité infantile oscillent entre 30 et 60 % des décès totaux donc, sont considérables ;

2° Que l'enfant noir meurt surtout durant le premier mois de sa vie ;

3° Que la surmortalité de la fin de la première année mérite d'être soulignée : Selon M. Lefrou, 12,3 % de décès enregistrés au cours de la première année.

— Que doit être soulignée, dans le même esprit, la surmortalité des enfants de 2-3 ans, dénoncée dans l'enquête de l'Institut National d'Hygiène, car ces âges semblent correspondre à la période de sevrage, variable selon les régions, et *particulièrement dangereuse en Afrique Noire ;*

1° Que la mortinatalité est aussi considérable, ce qui met en relief l'importance de la protection anté-natale.

CONCLUSION

En dépit de la trop grande approximation des chiffres émanant d'enquêtes difficiles et parcellaires, cette partie démographique nous aura permis de dégager certaines tendances des populations africaines et togolaises susceptibles d'orienter des recherches plus précises et de mettre en relief :

1° La carence de l'état-civil, donc l'impossibilité d'édifier un travail statistique solide ;

2° Les enfants représentent près de la moitié des populations togolaises, qui se répartissent en moyenne ainsi :

Enfants de moins de 15 ans	44,5 %
Adultes de moins de 55 ans	44,1 %
Vieillards de plus de 55 ans	11,4 %

3° L'équilibre des sexes semble être réalisé à l'âge adulte et serait, entre 15 et 45 ans, en moyenne de 99 hommes pour 100 femmes ;

4° S'il est vrai que 100 hommes épousent 151 femmes, les foyers à plus de 4 épouses représentent 0,9 % des foyers, alors que les foyers à 1 épouse seraient de 46,8 % en moyenne.

La polygamie serait donc une question de coutumes et non une nécessité sociale ;

5° La fécondité et la capacité génitale semblent élevées. Coefficient de fécondité 1.396-2.217.

30,2 % des femmes ont déclaré plus de 5 grossesses et on compte 3 enfants vivants par femme non stérile.

Le taux de stérilité serait de 4,2 %, en moyenne ;

6° La natalité est élevée et serait de l'ordre de 49,6 pour 1.000 habitants ;

7° La mortalité générale est élevée. Le taux moyen annuel officiel serait de 23,5 pour 1.000 habitants, mais ce qui mérite d'être mis en lumière est le fait que pour 100 décès totaux,

la mortalité des enfants de 0 à 14 ans représente	: 45,1 %
la mortalité des adultes de 15 à 45 ans représente	: 24 %
et la mortalité des adultes de plus de 45 ans représente	: 30,7 %

8° Le taux de mortinatalité : 106,3 pour 1.000 accouchements, et le taux élevé de mortalité infantile évalué à 50 % des décès totaux conditionnent donc le mouvement démographique au Togo.

Car tout laisse à penser que ce que les populations togolaises gagnent en natalité élevée, elles le perdent en mortalité infantile.

Le facteur racial a-t-il son importance ?

Quoi qu'il en soit, nous sommes en droit d'espérer — vu la grande marge d'amélioration possible — un rapide redressement de la situation démographique en Afrique Noire et au Togo.

Un exemple encourageant est celui de la ville de Bogota en Colombie, où, en dix ans, de 1939 à 1949, le nombre des naissances est passé de 11.380 à 22.928 et le taux de mortalité infantile de 191 à 117 pour 1.000 nés vivants, chiffres publiés par le Bulletin de l'Organisation Mondiale de la Santé (juin 1950).

OBSERVATIONS PERSONNELLES

Un exemple d'interrogatoires de femmes, au cours des consultations pré-natales, permet de dégager, à cette échelle réduite, les mêmes tendances démographiques et le taux élevé de mortalité infantile et de mortinatalité.

Le 15 août 1949, au cours de la consultation pré-natale à Lomé, confiée à Mme Wilson, sage-femme, consultation à laquelle je participai, 18 femmes se présentèrent.

Leur âge variait entre 18 et 32 ans.

2 ont 18 ans
1 a 19 ans
3 ont 20 ans
2 — 21 —
2 — 22 —
3 — 23 —
1 — 25 —
1 — 26 —
1 — 30 —
2 — 32 —

9 d'entre elles étaient l'unique épouse de leur mari,
2 déclaraient que leur mari avait 2 épouses,
2 déclaraient que leur mari avait 3 épouses,
1 déclarait que son mari avait 4 épouses,
1 déclarait que son mari avait 6 épouses.

Parmi ces 18 femmes, 4 d'entre elles déclarèrent que c'était leur première grossesse.

Les 14 autres totalisaient 33 grossesses.

Ces 14 femmes ont : 11 enfants vivants et ont déclaré :

2 avortements,
2 naissances prématurées,
1 enfant mort-né

6 enfants sont décédés entre deux jours et un an et 1 enfant mort après 1 an.

Donc, pour 11 enfants vivants, 12 n'ont pas vécu après 1 an, ce qui est considérable.

Nous avons reproduit ci-joint, les interrogatoires de ces 18 femmes.

N° 1

Nom : M.D.
Age approximatif : 32 ans.
Race : Ahlon.
Profession : Revendeuse à Lomé.
Profession du mari : ? (2 épouses).
Nombre de grossesses : 4e geste.
Enfants décédés : 1 enfant décédé à l'âge de 1 mois (convulsions).
Cause du décès : Convulsions.

N° 2

Nom : A.K.
Age approximatif : 22 ans.
Race : Ewé.
Profession : Couturière.
Profession du mari : Menuisier (3 épouses).
Nombre de grossesses : 2e geste.
Enfants décédés : 1 enfant ayant vécu une journée.
Cause du décès : Prématuré.

N° 3

Nom : M.A.
Race : Fon.
Profession : Revendeuse de haricots.
Profession du mari : Employé à la voirie (2 épouses).
Nombre de grossesses : 2e geste.
Enfants décédés : 0.

N° 4

Nom : J.K.C.
Age : 21 ans.
Race : Efon.
Profession : Ménagère.
Profession du mari : Policier (2 épouses).
Nombre de grossesses : 2e geste (1re grossesse : accouchement dystocique).
Enfants décédés : 0.

N° 5

Nom : M.I.
Age : 20 ans.
Race : Ewé.
Profession : Revendeuse (femme unique).
Profession du mari : Commis d'administration.
Nombre de grossesses : 2e geste.
Enfants décédés : 1.
Cause du décès : Avortement à 2 mois.

N° 6

Nom : E.O.
Age : 20 ans environ.
Race : Ahlon.
Profession : Ménagère.
Profession du mari : Electricien (femme unique).
Nombre de grossesses : 2e geste.
Enfant décédé : 0.

N° 7

Nom : H.A.
Age : 21 ans environ.
Race : Ahlon.
Profession : Ménagère.
Profession du mari : Commis d'administration (une seule femme).
Nombre de grossesses : Primigeste.

N° 8

Nom : P.G.
Age : 22 ans environ.
Race : Ouatchi.
Profession : Vendeuse de cigarettes.
Profession du mari : Policier (femme unique).
Nombre de grossesses : 3e geste.
Enfant décédé : 1.
Cause du décès : Avortement à 2 mois et demi.

N° 9

Nom : E.A.L.
Age : 20 ans.
Race : Nago.
Profession : Sténographe.
Profession du mari : Commerçant (femme unique).
Nombre de grossesses : Primigeste.

N° 10

Nom : C. Th.
Age : 18 ans.
Race : Ahlon.

Profession : Vendeuse d'huile de palme.
Profession du mari : Boutiquier (femme unique).
Nombre de grossesses : Primigeste.

N° 11

Nom : M.S.
Age : 30 ans environ.
Race : Ouatchi.
Profession : Vendeuse de haricots cuits.
Profession du mari : Boy (femme unique).
Nombre de grossesses : 3e geste.
Enfants décédés : 0.

N° 12

Nom : A.A.
Age : 23 ans environ.
Race : Haoussa.
Profession : Vendeuse de boules d'akassar.
Profession du mari : Vendeur de perles (femme unique).
Nombre de grossesses : 3e geste.
Enfants décédés : 2, à 1 an et 9 mois.
Causes des décès : Athrepsie.

N° 13

Nom : A.H.
Age : 23 ans environ.
Race : Nago.
Profession :
Profession du mari : Boutiquier (femme unique).
Nombre de grossesses : 2e geste.
Enfants décédés : 0.

N° 14

Nom : L.M.K.
Age : 19 ans.
Race : Mina.
Profession : Revendeuse.
Profession du mari : Commis d'administration.
Nombre de grossesses : 2e geste.
Enfants décédés : 0.

N° 15

Nom : F.G.
Age : 18 ans environ.
Race : Ahlon.
Profession : Vendeuse d'huile de coco.
Profession du mari : Moniteur.
Nombre de grossesses: Primigeste.

N° 16

Nom : M.I.
Age : 25 ans environ (3e épouse).
Race : Péda.
Profession : Revendeuse.
Nombre de grossesses : 3e geste.
Enfants décédés : 0.

N° 17

Nom : A.C.D.
Age : 26 ans environ.
Race : Mina.
Profession : Revendeuse de maïs.
Profession du mari : Mécanicien (2e mari) (6 épouses).
Nombre de grossesses : 7e geste.
Enfants décédés :

5 (8 jours, 6 jours, prématuré à 7 mois) (premier mari).
ayant vécu : 8 jours, 1 an (second mari).

Cause de décès : Syphilis.

N° 18

Nom : P.P.
Age : 23 ans environ.
Race : Mina.
Profession : Couturière.
Profession du mari : Bijoutier (4 femmes).
Nombre de grossesses : 2e geste.
Enfants décédés : 0.

DEUXIEME PARTIE

QUELQUES CARACTERISTIQUES RACIALES SUSCEPTIBLES DE JUSTIFIER NOTRE THESE

Il nous apparaît judicieux avant d'évoquer les causes, couramment incriminées, de la mortalité infantile en Afrique Noire, de présenter d'abord l'homme et l'enfant noir selon leurs caractéristiques raciales propres : anatomiques, biochimiques, physiologiques et pathologiques.

En dépit de nombreux travaux se rapportant à l'homme noir, sa connaissance globale reste encore imparfaite. Cette lacune est, à notre avis, un réel handicap pour la lutte engagée par les pouvoirs publics et le Service de Santé Outre-Mer contre la dépopulation de l'Afrique Noire.

CHAPITRE PREMIER

I. ANATOMIE

L'anatomie du Noir a été, pour une très grande part, établie par de nombreux anthropologues et ethnologues dans ses relations avec les différents types raciaux de l'humanité.

En général, les médecins se sont penchés surtout sur des différences anatomiques entre noirs et blancs, pour chercher à expliquer certaines manifestations pathologiques propres aux Noirs.

Ainsi, les formes particulières au Noirs de la *pneumonie*, et de la *tuberculose* ont été attribuées au *petit volume du poumon*, l'absence de toute réaction vis-à-vis de certaines maladies infectieuses à une *petite rate*, une certaine immunité vis-à-vis de quelques conditions pathologiques à *un épiderme épais, ou à certaines propriétés de son mesoderme, sa susceptibilité vis-à-vis du rachitisme à sa peau foncée.*

Ces corrélations peuvent exister en partie, mais n'ont pas été démontrées d'une façon certaine.

Le Noir s'est adapté, avec succès, dans des regions de l'Afrique où les Blancs ne peuvent habiter. Et ces mêmes Noirs ont pu s'adapter sans méfaits apparents, ni justifications de leurs particularités anatomiques à des régions habitées par les Blancs. Ce qui pourrait laisser supposer que le complexe anatomo-physiologique caractérisant le Noir serait intéressant à étudier selon son propre mécanisme en fonction et en dehors du milieu où il vit généralement.

Ainsi, Keith, cité par M. Lewis, pense que les traits anatomiques et mentaux qui marquent les différentes races dont se compose l'humanité, sont plus explicites selon la théorie d'après laquelle la conformation d'un homme est déterminée par un mécanisme ayant pour rôle de contrôler la croissance, qui réside dans un système de petits organes glandulaires complexes.

Des travaux sérieux, fruits d'un nombre important de mensurations, d'observations, faisant état d'une bibliographie considérable décrivent, de façon à peu près complète, l'anatomie du Noir. Je citerai ici en particulier *Le Noir d'Afrique*, du Dr Lefrou. l'étude du Noir Africain, de M. Olivier et *The Biology of the Negroe*, de M. Lewis. Il nous permettent de présenter brièvement certaines caractéristiques anatomiques du Noir en Afrique et en Amérique.

1° *Morphologie générale : Caractéristiques raciales*

La classification des Africains en groupes a été faite plus sur une base ethnologique que sur une base anthropologique.

M. Lewis distingue quatre grands groupes raciaux en Afrique, qui ont des caractéristiques morphologiques qui les distinguent les uns des autres, ce sont :

— Le nègre pur ;

— Le Bushman-Hottentot ;

— Le Bantou ;

— Le Négrito.

M. Lefrou dissocie l'immense groupement des Noirs africains en :

1° Bushman-Hottentot ;

2° Negrilles ;

3° Ethiopiens ;

4° Nigritiens (Soudanais, Guinéens, Bantous) ;

5° Négro-Hamites.

Une intéressante étude anthropologique a été faite par M. Holas sur les différentes races de l'Afrique.

Les hommes de couleur d'Amérique, dit M. Lewis, en se basant sur l'origine, devraient présenter nécessairement une diversité de types physiques. Mais, des mensurations ont permis de constater que le nègre évolue, comme le résultat de certains facteurs sélectifs sociaux, vers un type relativement homogène, négro-blanc-indien, dont les traits se placent à mi-chemin entre le nègre d'Afrique, d'une part, et le peuple blanc indien, de l'autre.

Le véritable pays du nègre, écrit M. Lewis, se trouve en Afrique Occidentale et s'étend de la bouche du fleuve Sénégal, au 16e degré nord jusqu'à la frontière est de la Nigéria et au Sud à l'Equateur, approximativement.

Ces peuples comprennent principalement : les Sénégalais, les Soudanais, les habitants du Dahomey, de la Nigéria, les tribus Ashanti, Mandingues, Kou (?), Mossis et Wolof.

Pour ce qui est des caractéristiques raciales qui, suivront, elles ne concerneraient essentiellement que ces nègres, donc, en l'occurrence, les territoires qui nous intéressent et le Togo.

C'est, *a*) *la couleur de la peau* qui a, dès l'antiquité, distingué le groupe des hommes noirs.

La coloration de la peau est due à la Melanine dont la composition, à l'état pur, est mal connue. L'analyse élémentaire donne 52-59 % de carbone, 3,6 à 7.2 d'hydrogène, 5,6 à 15,4 d'azote. Le fer et le soufre, parfois abondants, ne sont pas constants le phosphore existerait en petite quantité. Par hydrolyse, on met en liberté de l'ammoniaque, des amines, un noyau : mélaïnine et des acides aminées.

La peau du Noir, dit M. Lewis, est un organe remarquable, fait de façon à répondre aux exigences imposées à la race. Sa pigmentation, ses glandes sudoripares, ses vaisseaux, ses poils et autres caractéristiques ont des attributs participant largement aux particularités qui déterminent une race. La présence de la tache bleue mongolique du nouveau-né serait une caractéristique raciale.

b) Avec la couleur de la peau, *la couleur et la nature des cheveux* constituent un caractère distinctif de la race noire.

L'aspect crépu du cheveu du Noir serait dû au fait que, chez le nègre, le follicule, au lieu d'être rectiligne comme chez l'Européen, est incurvé en forme de sabre, ou même d'arc de cercle.

Le système pileux est en général peu développé.

c) *Le nez* du noir est large et aplati.

Si on calcule, dit M. Lefrou, le rapport de la largeur maximum de la base du nez à sa hauteur, on obtient l'indice nasal du vivant qui est un caractère racial excellent.

d) *Les lèvres* du nègre sont lippues.

e) *La forme de la tête :* Chez le noir la dolichocéphalie est, en général, la règle.

La face :

— Le prognathisme est souvent marqué ;
— Le front, en général, plus étroit à sa base que celui du blanc ;
— L'ensemble du visage est ordinairement allongé comme le crâne.

f) Tronc et membres.

Le thorax serait relativement aplati transversalement. L'ombilic et le mamelon plus rapprochés du pubis. Le mollet est peu développé : d'aspect fusiforme et gracile.

Les nègres ont une tendance au pied plat.

g) Taille : La taille n'a aucune valeur raciale. Les Négrilles sont très petits : taille moyenne 1 m. 50. Du Haut-Nil au lac Tchad, la grande taille est la règle : 1 m. 80 ou plus. Ailleurs, les tailles sont diverses et moyennes.

En conclusion d'une comparaison des principales proportions du corps entre Blancs et Noirs, M. Lefrou écrit : « Il nous apparaît « que les notions communément admises par les anciens auteurs, « sur la foi de documents très restreints, sur les proportions res- « pectives du corps, chez le Noir, comparées à celles du Blanc, « méritent une sérieuse révision.

« Il semble bien qu'il n'y ait pas un type unique de Noirs, mais « divers types, dont les caractéristiques raciologiques méritent « d'être précisées et cela doit être l'œuvre de futurs observa- « teurs. »

A signaler que *l'indice de robusticité*, en particulier l'indice de Pignet, qu'on a voulu appliquer aux Noirs lors du recrutement régulier des troupes indigènes, ne donnait pas le même résultat que chez les Blancs.

Les Noirs ont en effet, en général, le buste plus court et les membres inférieurs plus longs que ceux des Blancs ; comme le poids du corps est surtout influencé par la masse du tronc, il en résulte qu'à taille égale et développement musculaire semblable, le Noir pèse moins que le Blanc, d'où erreur dans la valeur de Pignet.

Si on prend comme départ la taille du sujet assis, l'influence du poids est ramenée à sa juste valeur. M. H. Sergent a expérimenté ce nouvel indice chez les Togolais et a trouvé des chiffres qui correspondaient davantage à leur complexion et aux performances d'éducation physique dont ils sont capables.

Il ne nous apparaît pas utile de relater ici les diverses mensurations du squelette du Noir qui ont été faites et qui confirment sa morphologie générale, mais ne nous sont pas d'une utilité immédiate pour la thèse que nous nous proposons de soutenir.

A retenir cependant que le bassin de la femme noire a une forme allongée, d'avant en arrière, et qu'il est nettement plus étroit que celui de l'Européenne.

Cette particularité a son importance du point de vue obstétrical. Les observations extrêmement précises et complètes communiquées par la Maternité de Lomé, pour la période mai-septembre 1949, révèlent une certaine fréquence des bassins rétrécis ; nous nous réservons de citer les chiffres officiels hospitaliers, par ailleurs.

M. Damien Laurent, dans une étude sur les problèmes de l'Enfance en Afrique Equatoriale Française, note que dans la moitié des cas, le bassin des femmes du Bas-Congo est aplati et anormal. Ceci serait une conséquence du rachitisme qui sévit parmi la race noire, mais ne saurait néanmoins être généralisé à toute l'Afrique.

L'étude faite par MM. Caldwell et Moloy, en Amérique, relative à la différence de conformation du bassin chez la femme noire et la femme blanche, donne les résultats suivants :

Type pleinement féminin ou gynécoïde :
Blanches : 41,4 % Noires : 42,1 %

Type masculin ou androïde :
Blanches : 23,5 % Noires : 40,5 %

Type plat :
Blanches : 2,5 % Noires : 1,7 %

La seule caractéristique à relever serait chez la femme noire américaine la fréquence du type androïde.

En conclusion à ces quelques données anatomiques, nous sommes heureux de relater ici l'œuvre considérable déjà accomplie et à accomplir par l'Organisme d'Enquête Anthropologique pour les populations de l'Afrique Noire, dirigée par le lieutenant-colonel Pales, qui fut créé en 1945 par le Département de la France d'Outre-Mer et placé sous la direction de la Santé Publique de l'A.O.F.

Cet organisme d'enquête prend un caractère permanent et spécialisé, animé par un organe moteur dénommé : Mission anthropologique (1945-1948). Il s'est assigné pour tâche l'étude connexe des caractères anatomiques, physiologiques, psychologiques et pathologiques. Jusqu'à cette date, il n'existait que des études réduites, fragmentaires et incomplètes.

Ces études ont intéressé 139 populations ainsi réparties : Sénégal : 14 ; Guinée : 20 ; Soudan : 11 ; Haute-Volta : 33 ; Côte d'Ivoire : 29 ; Dahomey : 13 ; Mauritanie, Niger, Togo, divers : 19.

Il n'existe pas d'exemple d'enquête aussi étendue. Elle a porté sur 9.795 individus et fait 53.770 mensurations.

Elle s'est limitée au relevé de 6 valeurs métriques : stature, taille assis, dimensions de la tête et du nez, ceci pour l'étude extensive.

L'étude intensive, beaucoup plus complexe relève 100 mensurations par sujet et elle se propose de réunir, pour chaque population considérée, 100 représentants masculins adultes du groupe. Pour les groupes importants, l'effectif s'élève à 200 ou 300.

L'enquête a réuni 188.000 mensurations sur 4.880 sujets. Soit au total : 14.675 sujets et 546.770 mensurations.

Les valeurs brutes ainsi recueillies ont fait l'objet de calculs directs et de calculs de rapports, d'indice. Trois indices sont établis par l'étude extensive : indices kormique, céphalique et nasal.

Les données de l'étude intensive permettent le calcul de 80 indices. Ces calculs sont effectués à la machine à calculer électrique, par du personnel européen attaché à la Mission. Ils représentent des centaines de milliers d'opérations :

— Une carte ethnique étendue à toute l'Afrique va être mise sous presse ;

— Le prognathisme a été étudié, grâce au relevé d'un millier de calques radiographiques du profil noir ;

— 2.000 photographies de la tête, face, profil, trois-quarts ont été prises par le chef de Mission dans différents groupes humains.

La myologie anthropologique, dit M. Lefrou, a pour objet l'étude des anomalies musculaires et il constate qu'aucune anomalie musculaire ne serait particulière à la race noire. Mais la mission anthropologique, qui a pratiqué de nombreuses dissections sur le cadavre, 65 autopsies et 26 dissections, conclut : « L'anthropo-« logie des parties molles des noirs africains est un domaine « inexploré qui réserve des surprises. »

2° *Organes internes*

a) En ce qui concerne *l'angeiologie anthropologique*, elle a donné lieu à peu de recherches et il y aurait lieu de faire pour la race noire ce que Dubreuil - Chambardel — *Traité des Variations du Système Artériel*, 2 vol., Paris Masson 1925 — a fait, en partie, pour la race blanche et Adachi, *Le Système Vasculaire des Japonais*, 1931, pour les Japonais (Lefrou).

Le cœur : Le poids du cœur est variable selon l'âge, le sexe et l'état de santé de l'individu.

M. Lewis admet qu'il y a peu de variations dans le poids de cet organe entre le Noir et le Blanc.

En Amérique, les recherches ont donné les résultats suivants : en moyenne, le poids du cœur :

— Homme blanc	: 317,6 gr.	— Homme noir	: 342,9 gr.
— Femme blanche	: 260,0 gr.	— Femme noire	: 216,0 gr.

Le rein : M. Lewis, citant *Chudzinsky, Bean et Baker, Sappey*, avance que le poids et le volume du rein du Nègre seraient inférieurs à ceux du Blanc.

— Homme blanc	: 313,1 gr.	— Homme noir	: 308,7 gr.
— Femme blanche	: 287.8 gr.	— Femme noire	: 305 gr.

La rate : M. Chudzinsky signale dans quelques observations, la petitesse de la rate par rapport à celle des Blancs. Mais peu de différence de poids. Tandis que M. Bean a révélé, en se basant sur des autopsies portant su grand nombre d'Américains noirs, habitant la Louisiane, Nouvelle-Orléans, Baltimore, Maryland, Charlotteville, Virginia, etc., soit pour les :

Blancs : 1.341 hommes et 441 femmes

et pour les

Noirs : 1.338 hommes et 544 femmes

que la rate était normale chez :

Blancs : 26 hommes et 15 femmes
Noirs : 23 hommes et 7 femmes

Le poids normal de la rate était de :

Blanc : 140 gr. — Noir : 115 gr.
Blanche : 130 gr. — Noire : 80 gr.

La rate étant une glande lymphoïde dont la constitution correspond à la constitution lymphatique du corps entier, certains auteurs ont expliqué que l'infiltration du corps par les lymphocytes serait plus faible chez le Noir que chez le Blanc.

Le foie : Chudzinsky et Bean ont démontré que le foie du Noir était plus petit que celui du Blanc. La moyenne obtenue est la suivante :

Blanc : Homme, 1 kg. 650 ; Femme, 1 kg. 400
Noir : Homme, 1 kg. 450 ; Femme, 1 kg. 200

L'appendice a été étudié, au cours de la mission anthropologique, par Mlle Tassin de Saint-Pereuse.

Il avait été étudié par M. C. Ollivier, au Cameroun, sur 25 sujets. Mlle de Saint-Pereuse a examiné, au cours d'autopsies, 53 appendices ; elle dit, en résumé de son étude documentée, qu'il faut surtout retenir la fréquence et la variété des fossettes de la région iléo-coecale et que la difficile étude du péritoine chez le Noir mériterait d'être poursuivie.

Le cerveau est l'organe interne qui a été le plus étudié dans le domaine de l'anatomie raciale. Le zèle des anthropologistes tendait à mettre en corrélation la structure du cerveau et les possibilités mentales et le degré d'évolution des races. Il est intéressant de signaler, à ce propos, une déclaration d'experts sur la question des races, rédigée à la maison de l'U.N.E.S.C.O. et publiée le 13 juillet 1950. Nous en ferons état dans notre conclusion.

Le poids du cerveau est, en moyenne, pour les :

Européens :
— Homme : 1.361 gr.
— Femme : 1.200 gr.

Noirs d'Amérique :
— Homme et femme : 1.316 gr.

Noirs d'Afrique :
— Homme et femme : 1.207 gr.

D'après Vint, les cellules pyramidales de la couche supra-granulaire et les cellules de Betz seraient plus petites dans le cerveau du Noir.

Gordon, se rapportant aux travaux de Vint, fait remarquer que, dans le cortex du frontal, la couche *infra-granulaire* ou granulaire externe serait de 6 % plus large dans le cerveau de l'Est-Africain, la couche granulaire de 1,3 % plus étroite et la couche *supra-granulaire* ou granulaire interne plus étroite de 8 %.

Au cours de la Mission Anthropologique, Mlle de Saint-Pereuse poursuivit l'étude morphologique du cerveau :

Poids, variations sexuelles, relations du poids du cerveau et de la stature, mais elle n'en tire, pour l'instant, aucune conclusion d'ordre racial.

Poumons : Les éléments de comparaison avec les Blancs manquent. Les différences semblent porter sur le nombre des lobes qui seraient plus nombreux pour le poumon gauche, donc à type plus primitif, d'après les anthropologues.

Appareil génital : Des différences ont été constatées, tant pour l'appareil génital masculin que féminin.

Un chapitre spécial est réservé dans le livre de M. Lefrou aux :

Fœtus et enfants noirs.

En dépit de nos recherches, hormis quelques ouvrages américains que nous n'avons pas eu possibilité de traduire nous-même et quelques ouvrages belges, nous n'avons pas eu connaissance d'ouvrages spéciaux relatant les caractéristiques qui nous intéressent ici.

Aussi, ferons-nous état des travaux de Hamy (1881) et de Schultz (1923) cités par Lefrou, fruits de travaux basés sur l'observation de 7 fœtus noirs, pour Hamy et 169 pour Schultz.

Rapport :

1° Taille, assis ; taille, debout, à la 12e semaine :

Fœtus noir et fœtus blanc : Le rapport est sensiblement égal soit 132 % de taille debout pour 100 de taille assis.

Dès la 22e semaine, les membres sont déjà plus longs chez les fœtus noirs que chez les fœtus blancs. Le rapport est de :

Blanc : 146,5
Noir : 148,5

2° Rapport largeur du tronc et membres :

Si l'on compare la largeur des hanches à la largeur des épaules :

12e semaine : 68 pour le Blanc ;
64,6 pour le Noir.

30e semaine : 79,2 pour le Blanc ;
75,3 pour le Noir.

Chez l'adulte, le rapport est de 90,9 Blanc et 86,7 Noir.

Membres : Il en est de même. Les différences raciales s'accusent dès la 11e semaine.

Les mains et les pieds sont plus étroits chez le fœtus noir, contrairement à ce qui existe chez le blanc ; le deuxième doigt, chez le fœtus et l'adulte noir est rarement plus grand que le quatrième.

Pour la *tête*, la *hauteur de la face* et le *nez :* des différences caractéristiques entre Noir et Blanc se font jour déjà sur les fœtus.

Enfant noir

A sa naissance l'enfant noir pèse environ 500 gr. de moins, en moyenne, que l'enfant blanc, a constaté M. Damien Laurent, *Les Problèmes de l'Enfance en A.E.F.*, 1948, chargé des centres de puériculture de Brazzaville. Il a examiné, pendant la période du 1er mai 1935 au 31 décembre 1936, un nombre important d'enfants :

Enfants inscrits	4.220
Femmes enceintes	685
Naissances connues	611
Décès connus	82

Il a pu examiner et suivre de près 600 nouveaux-nés, appartenant à la tribu des Bakongo, Balari, Batéké, Bassoundi, dans le Moyen-Congo.

L'enfant pèse, en moyenne, à la naissance : 2 kg. 800.

L'examen des observations prises à la maternité de Lomé, entre les mois de mai et septembre 1949, montre, en effet, que durant cette période, le poids des enfants nés à la maternité de Lomé, s'échelonnent entre :

(820-910 gr., mais il est vrai qu'il s'agit de grossesses gemellaires et que celles-ci furent relativement nombreuses, donc à ne pas retenir). Mais, pour les grossesses uniques, les poids s'échelonnent entre 2 kg.07 et 3 kg. 220.

Sur une cinquantaine d'observations communiquées, 35 mentionnaient le poids des bébés et parmi celles-ci, un cas de mort-né = poids 3 kg. 800 et une intervention césarienne, bébé d'un poids de 4 kg. 650.

Croissance pondérale différente : Après la baisse normale de la première semaine, l'enfant noir récupère son poids et augmente ensuite à très vive allure. A la fin du premier mois, l'enfant a rattrappé et même dépassé le poids d'un enfant blanc du même âge.

Dans le courant du deuxième mois, il gagne 825 gr., dans le 3e mois 725 gr., dans le 4e 600 gr., ce qui lui assure une certaine avance, mais, à partir du 5e ou 6e mois, il perd son avance et n'atteint pas à la fin de la première année le poids du bébé blanc du même âge.

Au-delà de la première année, l'accroissement pondéral échappe à toute règle, car il est sous la dépendance de facteurs morbides et alimentaires.

MM. Dufour et Gourry, *Troubles de la suralimentation du nourrisson en A.O.F.*, ont établi, d'après le relevé des fiches de consultation d'un millier d'enfant à la clinique Roume de Dakar, un état de croissance des nourrissons noirs, où le poids de ces nourrissons est supérieur à celui des nourrissons blancs, mais la croissance est irrégulière et présente une chute au 5e, 6e mois et au 12e mois.

AGE	FRANCE		DAKAR	
	POIDS en grammes	ACCROISSEMENT	POIDS en grammes	ACCROISSEMENT
Naissance	3.000		3.130	
1 mois	3.750	750	7.250	+ 1.120
2 mois	4.500	750	5.400	+ 1.150
3 mois	5.220	750	5.750	+ 350
4 mois	5.950	700	7.300	+ 1.550
5 mois	6.550	600	6.750	— 750
6 mois	7.100	550	6.900	+ 150
7 mois	7.600	500	7.300	+ 400
8 mois	8.000	400	8.650	+ 1.350
9 mois	8.350	400	8.200	— 450
10 mois	8.650	300	8.700	+ 500
11 mois	8.950	300	9.200	+ 500
12 mois	9.200	250	9.350	+ 150

(3)

(3) G. Olivier, dans *l'Obstétrique en pays Mossi*, donne comme poids moyen de 548 nouveau-nés : 2.880 grammes, mais il précise que ce chiffre est variable avec le sexe et la parité :

Primipares :

— Nouveau-nés masculins ..... **2.006 gr.**
— Nouveau-nés féminins ..... **2.586 gr.**

Multipares :

— Nouveau-nés masculins ..... 2.980 gr.
— Nouveau-nés féminins ..... **2.921 gr.**

M. Sorel, « Protection démographique en Afrique occidentale française », aux Journées médicales de l'Exposition internationale de Paris 1931, a conclu, d'après 500 courbes de poids établies par des sage-femmes autochtones de la Haute-Volta et du Dahomey que, jusqu'à 3 mois, le poids du bébé noir est supérieur à celui du nourrisson européen ; au cours des trois ou quatre mois suivants, le bébé végète, puis prend le dessus de son état rachitique ou meurt.

Les auteurs américains, tels que Dodge, ont établi des statistiques concernant le poids des enfants noirs en Amérique, comparé à ceux des enfants blancs ; ils seraient inférieurs à ceux-là.

A la naissance, le poids moyen des enfants noirs serait pour les primipares : 2 kg. 995-3 kg. 340 ; multipares : 3 kg. 131-3 kg. 408.

Blancs : primipares, 3 kg. 224-3 kg. 118 ; multipares, 3 kg. 480-3 kg. 494.

Ce ralentissement de l'accroissement pondéral paraît être lié, en ce qui concerne l'enfant africain, à la question de l'allaitement en Afrique ; au lait des femmes africaines, dont nous reparlerons

au chapitre « Péril alimentaire », aux conditions de vie de la femme noire en général, et à l'ignorance quasi-totale de l'allaitement artificiel.

Mais *la croissance staturale* semble être similaire dans les deux races blanche et noire, puisque les enfants noirs d'Amérique seraient, selon Kerkovitz, plus précoces d'une année que les enfants blancs.

L'enquête anthropologique s'est intéressée à l'étude de la croissance des enfants noirs ; elle s'est adressée à 1.968 enfants, 1.672 au Sénégal, 296 au Soudan, soit 11.808 pour la totalité de l'enquête.

M. Pales écrit qu'elle a été suspendue en 1948, car elle s'est heurtée à l'obstacle irrémédiable qu'est l'absence d'état civil.

« Rares sont les enfants, en âge d'être mesurés — enfants de 5 à 17 ans — dont la naissance a été déclarée selon les règles. Des jugements supplétifs tiennent lieu d'actes de naissance. Ils reposent sur des appréciations visuelles ou sur des témoignages susceptibles de se rétracter selon les besoins de la cause. Il y a donc une erreur à la base qui interdit toute entreprise scientifique. C'est pour cette même raison que l'étude radiographique du carpe, test de croissance, a été limitée à 86 sujets lors de l'enquête de 1946-1947. »

En conclusion : de ces quelques données concernant la croissance du nourrisson noir, il apparaît, d'ores et déjà, que la question de l'enfant noir en milieu africain devra être étudiée en fonction de celle de son alimentation donc, surtout, en fonction de sa mère, la femme noire.

CARACTERISTIQUES BIOCHIMIQUES ET PHYSIOLOGIQUES

1° *Constituants biochimiques du sang.*

Par une note circulaire n° 1.946 du 5 juin 1946, la Direction générale de la Santé publique avait invité les pharmaciens chimistes, en service sur le territoire de la Fédération, a étudier le taux des constituants chimiques du sang chez des sujets bien définis ethniquement et soumis à un régime alimentaire connu.

M. le pharmacien lieutenant-colonel Gasq a fait des recherches sur 10 élèves soumis à un régime alimentaire identique et particulier pendant la saison des pluies.

Voici les résultats obtenus :

N°	GROUPE	AGE	GLYCÉMIE	URÉMIE	CHOLESTEROL	URICÉMIE	CALCIUM	SÉJOUR
1	Guimini ..	17	1,01	0,20	0,98	0,054	0,090	9 mois
2	Baoulé ...	17	1,06	0,24	1,50	0,052	0,100	
3	Kalinké ..	22	1,16	0,28	1,50	0,057	1,105	
4	Yakoba ..	19	0,96	0,28	1,42	0,050	0,090	
5	Bété	23	0,96	0,32	1,69	0,058	0,095	
6	Baouli ...	17	1,06	0,24	1,07	0,056	0,100	
7	Diola	19	1,16	0,28	1,25	0,050	0,095	
8	Guimini ..	20	1,01	0,16	1,50	0,050	0,100	
9	Socé	17	1,14	0,24	1,20	0,046	0,100	
10	Samogo ..	17	1,01	0,28	1,43	0,055	0,085	
10	MOYENNE .	18 1/2	1,05 gr.	0,25 gr.	1,35 gr.	0,053 gr.	0,096 gr.	

Stone, relaté par Lewis, donne les résultats obtenus sur 50 Bantous, adultes, de la Rhodésie du Sud :

Sucre sanguin : 80 % de ces gens présentaient un taux variant entre 0,70 et 1,00 gr. ; 12 % de ces gens présentaient moins de 0,70 ; 8 % de ces gens présentaient plus de 1,00.

Donc, la moyenne se situe entre 0,70 et 1,00 gr., alors que pour l'enquête précédemment citée, la moyenne est de 1,05 gr.

Le taux normal chez le Blanc est de 0 gr. 80 à 1 gr. 20.

Chlorémie et Chlorurémie.

Le taux de l'urée dépend du régime. Dans les villes, la consommation de viande est plus importante.

Le cholestérol présente des variations allant de 0 gr. 75 à 1 gr. 90. Enquête précédente, moyenne : *1 gr. 35.*

Taux normal chez le Blanc : Adulte, 1 gr. 50 à 1 gr. 80.

Le calcium présente des taux variant entre 0 gr. 06 et 0 gr. 11, et une moyenne de 0 gr. 09 à 0 gr. 099.

Enquête précédente, moyenne : 0 gr. 096.

Taux normal chez le Blanc : 0 gr. 09 à 0 gr. 115.

La mission anthropologique du professeur Pales a recherché *le calcium, le phosphore minéral* et des *phosphatases*, dans le sérum de sujets africains, enfants et adultes, domiciliés à Dakar.

Le calcium a été dosé dans le sang de 37 enfants de 8 à 12 ans, de deux groupes scolaires et de 40 adultes de professions variées.

Chez les enfants, les taux s'échelonnent de 0 gr. 068 pour 1.000 à 0 gr. 105 pour 1.000.

Si nous comparons les résultats obtenus aux taux considérés comme normaux en Europe, nous obtenons pour 37 cas :

26,9 % de taux normaux ;
21,6 % de carences légères ;
51,1 % de carences plus ou moins accentuées ;

ce qui corrobore, dit l'auteur, les observations radiographiques de retard d'ossification. Si la calcémie déficiente ne constitue pas le facteur unique de retard, elle y contribue certainement.

Les résultats obtenus sur les adultes prouvent qu'on trouve sept fois plus d'enfants que d'adultes nettement carencés.

Le phosphore minéral. — L'examen des 50 Bantous a révélé une majorité de ceux-ci présentant un taux variant entre 30 et 35 mgr.

L'enquête précédemment citée en ce qui concerne la recherche du phosphore minéral a porté sur 45 enfants et 25 adultes.

1° *Enfants :* Le taux normal variant de 40 à 60 mgr. chez l'enfant d'Europe.

Onze enfants ont présenté des taux inférieurs à 40 mgr, soit 24,4 %.

2° Pour les *adultes*, aucune teneur déficiente n'a été signalée.

Phosphatasémie. — Les recherches ont porté sur 41 enfants et 250 adultes. La valeur moyenne normale est de 7 unités Bodansky chez l'enfant blanc d'Europe.

Pour 16 enfants, le nombre d'unités Bodansky est supérieur à 7,5, soit 36,3 % des cas.

Les carences observées en Ca et en phosphore, l'excès de phosphatases permettent de jeter un peu de lumière, dit l'auteur, sur l'existence du rachitisme diagnostiqué dans la région dakaroise.

2° *Le rôle de la peau.*

a) *Pigmentation. Régulation thermique. Evaporation sudorale.*

La peau du Noir semble parfaitement adaptée aux climats tropicaux ; la mélanine servirait d'écran contre les rayons lumineux.

Des expériences physiologiques ont montré que le Noir avait une meilleure régulation thermique, du fait de ses glandes sudoripares abondantes et de la grande vascularisation de sa peau.

L'abondance de la sueur fait que le Noir s'échauffe moins, parce qu'il se refroidit plus vite, et une plus grande quantité de sang peut circuler sous la peau et s'y refroidir.

Il est intéressant de relater que les nourrissons blancs présentent, dans certaines régions de l'Afrique, à certaines saisons, de fortes poussées thermiques, qui ont été attribuées, bien à tort, au paludisme. Il s'agit, en fait, d'un coup de sécheresse provoqué par une déshydratation intense de l'organisme du nourrisson dont la réserve d'eau est trois fois moindre que celle de l'adulte.

Or, rien de semblable ne paraît survenir chez le nourrisson noir, ce qui laisse croire que son système de régulation thermique est parfaitement adapté à supporter des températures élevées.

b) *Protection contre l'intensité lumineuse. Formation de la vitamine D. Rachitisme.*

La mélanine a la propriété d'absorber et d'arrêter en partie les rayons ultra-violets et l'importance de la mélanine augmente aussi l'absorption des rayons X... M. Lefrou relate que M. Cazeille, pour la prise de clichés chez le Noir, a dû augmenter, soit les éléments électriques (voltage-intensité), soit le temps de pose, d'un tiers environ.

La mélanine serait donc un obstacle à la transformation de la provitamine en vitamine D, ce qui expliquerait la fréquence du rachitisme chez les Noirs expatriés, ceux d'Amérique du Nord, ou ceux insuffisamment exposés à la lumière.

C'est ainsi qu'une contre-campagne a dû être menée en faveur de l'enfance africaine dévêtue, face à celle qui disait : « Il faut vêtir l'enfance africaine. »

3° *Les vitamines.*

L'importance d'une alimentation rationnelle, en Afrique, et des vitamines, en particulier, est considérable. Ceci n'a d'ailleurs pas échappé aux Pouvoirs publics, et la question de la nutrition en ces contrées a fait l'objet de conférences internationales.

a) *La vitamine A et carotène :*

1° *Dans le sang des femmes indigènes de la région de Dakar*, au moment de l'accouchement. (Extraits de la Mission du lieutenant-colonel Pales, n° 3, par le pharmacien-commandant Ch. Auffret et le pharmacien-commandant F. Tanguy.)

Si on admet, avec Gounelle, Raoult et Marche :

Plus de 100 U.I. par 100 cc de plasma : normal ;
— 70 U.I. pour 100 cc de plasma : subcarence légère ;
— 40 U.I. à 70 U.I. pour 100 cc : subcarence ;
Moins de 40 U.I. pour 100 cc : carence.

Nous trouvons :

	NORMAL	SUBCARENCE légère	SUBCARENCE	CARENCE
Nombre de cas	1	3	9	27
%	2,5 %	7,5 %	22,5 %	67,5 %

Le métabolisme de la vitamine A est réduit. Plus l'hémovitaminémie baisse, plus l'effort physiologique maternel est grand.

Ce fort pourcentage de carences ne doit pas nous laisser indifférents. Il est d'autant plus élevé que le taux sanguin de vitamine A est bas, chez la femme non gravide.

Si la ration de la femme enceinte et de la nourrice n'est pas riche en vitamines, ou provitamine A, le danger d'avitaminose A s'accroît pour le fœtus et le nourrisson, tout en plaçant la mère dans un état de moindre résistance.

Il est démontré qu'en enrichissant la ration, on arrive à maintenir sensiblement normal le taux sanguin de vitamine A, au cours de la grossesse et de la période d'allaitement qui suit.

Ce point mérite d'être souligné dans un pays où la ration alimentaire est basée principalement sur la notion de quantité et non de qualité.

2° *Dans le lait des femmes indigènes de la région de Dakar,* il est sensiblement satisfaisant dans l'ensemble. la moyenne est de :

Somme vitamine A + carotène = 1 mgr. 670.
Le taux normal = 1 mgr. 250.

3° *Le foie du fœtus contient normalement* une certaine réserve de vitamine A, qui est vraisemblablement en relation avec l'apport alimentaire maternel.

Si cette réserve n'existe pas, l'enfant nait exposé aux troubles de l'avitaminose A, et d'autant plus que nourrit au sein, il ne trouvera pas dans le lait de sa mère carencée, la vitamine A indispensable à sa croissance. *Il en résulte que la ration de la femme enceinte doit être enrichie en vitamines et provitamine A.*

b) *Vitamine C* dans le sang et le *lait.*

1° *Dans le sang :*

a) *De 49 tirailleurs sénégalais du 6e R.A.C.* de Dakar, en période d'hivernage, où fruits frais et légumes sont rares.

Si on considère que, au-dessous de 4 mgr. pour 1.000, il y a carence et que, entre 4 et 10 mgr., il y a subcarence, les taux trouvés variant entre 0 mgr. 88 pour 1.000 et 7 mgr. dans 35 cas, le taux est inférieur à 4 mgr., et dans 14 cas, le taux est supérieur à 1 mgr., donc, 70 % des sujets examinés sont carencés et 28 % sont subcarencés.

b) *De femmes enceintes à terme* dans la même période, le taux varie de traces à 8 mgr. 580 pour 1.000. Donc, 74 % des femmes sont carencées, 26 % des femmes sont subcarencées.

2° *Vitamine C dans le lait :*

De femmes accouchées et *nourrices* entre un jour et 15 mois après l'accouchement.

Les teneurs varient de traces à 36 mgr.

Donc 72 % des femmes ont une teneur ne dépassant pas 15 mgr. p. 1000

22 % entre 15 et 30 mgr.

6 % au-dessus de 30 mgr. p. 1000.

Donc 72 % $\leqslant$ 15 mgr. p. 1000, carence nette

22 % entre 30 mgr. p. 1000 et 15 mgr. p. 1000 = subcarence,

6 % $>$ 30 mgr. : normales.

La normale est pour le professeur Polonovski, de 30 à 50 mgr. pour 1.000.

La question de la carence vitaminique chez les femmes enceintes et les nourrices, est très importante pour l'avenir de la race noire. Cette question a particulièrement intéressé M. Sanya Onabamiro qui, dans « Our Children die » s'est préoccupé du rôle important des vitamines dans l'équilibre de l'alimentation des Africains. Il a étudié le rapport :

1° Entre la vitamine B1 et la toxémie de la grossesse ;

2° Entre la vitamine D et le rachitisme, en particulier le rachitisme du bassin de la femme noire ;

3° Le rôle important de la vitamine E et de la vitamine K.

4° *Le Métabolisme Basal :*

Une étude de Almeida, au Brésil, a montré que les Noirs ont le même métabolisme basal que les Blancs, vivant dans les mêmes conditions, et que la peau foncée n'a aucune action sur l'élimination de la chaleur. Le métabolisme des Blancs ainsi que celui des Noirs est de l'ordre de 20,4 % moindre au Brésil, que celui de ceux vivant dans les pays tempérés ou chauds.

A l'inverse de ce que pensent certains chercheurs, le métabolisme basal serait plus fonction du climat que de la race.

La mission anthropologique fait état de recherches concernant le métabolisme basal, un laboratoire a été créé en 1946 dans les sous-sols de l'Ecole africaine de Médecine et de Pharmacie de Dakar.

Après avoir pratiqué 1.500 examens sur des sujets sains et 500 sur des sujets pathologiques, l'auteur conclut entre autres, que les résultats acquis montrent que les organismes humains, tant africains qu'européens, ne sauraient être soumis sans risque en Afrique, au rythme de vie qu'autorise le climat tempéré.

Un aspect qui nous intéresse tout particulièrement est celui des écoliers dont l'emploi du temps ne saurait être calqué sans inconvénient sur celui de la métropole.

4° *Capacité vitale pulmonaire :*

On admet que la quantité d'air respiratoire obtenue en faisant suivre l'inspiration forcée d'une expiration également forcée, serait moins considérable pour le Noir que pour le Blanc.

Bien que cette assertion ne puisse être démontrée anatomiquement, on pense qu'elle est d'ordre physiologique. Ainsi serait expliquée la gravité de la tuberculose et de toutes les affections pulmonaires chez les Noirs.

CHAPITRE III

CARACTERISTIQUES PATHOLOGIQUES

Réaction vis-a-vis des médicaments

Le Noir réagit différemment vis-à-vis de certains médicaments :

a) Action de l'*atropine* sur les Blancs et les hommes de couleur de même âge et de même poids (Paskind).

Dans les deux races, on a noté une *accélération du pouls* pour une injection de 1/20e à 1/30e de milligramme de sulfate d'atropine.

Pour le Noir, le nombre de pulsations normales est de 78, et l'atropine produit un ralentissement d'une pulsation par minute.

Pour le Blanc, la pulsation est de 87, mais la réduction est de 10 battements par minute.

Il en résulte que le Noir est moins sensible à l'effet central de l'*atropine* que le Blanc.

b) Effet de la *dilatation pupilaire* de la *cocaïne* et *éphédrine* chez les Noirs.

Une étude comparative de Chen et Path sur les effets de ces médicaments sur les Nègres, Chinois, Caucasiens, a démontré que le Nègre est le moins sensible à l'action de la cocaïne.

— On prétend qu'une plus petite dose de *sédatifs*, d'*hypnotiques*, est nécessaire pour être efficace chez les Noirs ;

— L'effet toxique de l'alcool dans les altérations organiques de l'alcoolisme chronique seraient rares chez les Noirs.

~~Affections mentales~~ Affections médicales

On a essayé de donner des explications d'ordre général au sujet des différences constatées entre les manifestations pathologiques chez les Blancs et les Noirs. On incrimine : le milieu, le régime alimentaire, la mentalité, etc...

Il est certain qu'aucun de ces facteurs n'est à négliger et qu'ils contribuent justement à créer ce complexe race qui, pour nous, est l'élément caractéristique intéressant. Un fait est que, jusqu'à présent, certaines manifestations pathologiques des Noirs n'ont pu être expliquées de façon satisfaisante pour tous.

Ainsi, le professeur Pales écrit : « Paludisme, parasitoses, mala-
« dies vénériennes, avitaminoses et sous-nutrition, affections chro-
« niques qui constituent un fond véritablement ethnique contri-
« buent à placer les Africains dans une zone intermédiaire entre
« la physiologie et la pathologie et, plus près dit-il, de la seconde
« que de la première. »

Nous nous bornerons à signaler ici certaines formes d'affections particulières à l'Afrique noire, sinon à la race Noire :

1° Des affections telles que la *tuberculose* chez le Noir ont été étudiées par de nombreux auteurs qui n'ont pu toujours expliquer de façon satisfaisante, la grande sensibilité présentée par cette race au bacille tuberculeux ;

2° La *syphilis*, qui a tendance à se propager rapidement chez le Noir et atteint fréquemment le système cardio-vasculaire et, selon une fréquence moindre, le système nerveux central.

Parmi les maladies infectieuses :

3° *La diphtérie* est rare, aussi bien parmi les Noirs de l'Afrique que ceux de l'Amérique ;

4° Mais il est très sensible à la *pneumonie lobaire ;*

5° La *scarlatine* atteindrait rarement les Noirs.

M. Pales, dans son étude du *goître endémique* en A.O.F. semble accorder la prééminence du facteur géographique sur le facteur racial :

« Quoique le goître semble moins préjudiciable, dans ces régions,
« au développement physique et psychique des populations qui en
« sont atteintes, qu'il ne l'est dans d'autres pays. Il ne tue pas. »

Le goître en Afrique est lié au rôle des sels végétaux, et l'expérimentation des sels iodurés en thérapeutique a donné des résultats.

Il en est de même pour le *cancer primitif du foie*, rare en Europe, mais relativement fréquent en Afrique et dans toute la région intertropicale, région qui n'est pas habitée uniquement par des Nègres.

La carie dentaire est rare chez le Nègre pur, mais l'étude faite par M. Pales chez les Foula du Fouta-Djalon et les Toucouleurs du Sénégal, lui a démontré que cette race en est électivement atteinte, bien qu'il admette l'effacement du facteur racial devant le facteur géographique.

Un syndrome de dénutrition maligne de l'enfant noir, le « Kwashiorkor », a été signalé par M. Bergeret, dans le *Bulletin médical de l'A.O.F.*

Le syndrome ne peut encore être défini de façon précise, mais les symptômes fondamentaux en sont les suivants :

a) Retard de croissance chez le nourrisson vers la fin de l'allaitement, au moment du sevrage et après le sevrage ;

b) Anomalies de la pigmentation cutanée et pilaire ;

c) Œdème ;

d) Infiltration graisseuse, nécrose cellulaire ou fibrose du foie ;

e) Forte mortalité lorsque le régime n'est pas amélioré par l'adjonction de protéines de haute valeur ;

f) Diverses dermatoses, fréquemment mais non constamment associées.

Les signes cliniques du kwashiorkor tendent à se rapprocher progressivement de ceux de l'athrepsie, et il est impossible actuellement de différencier nettement ces deux syndromes.

On a des raisons de croire que l'adjonction au régime de protéines végétales ou animales exercent une action protectrice, ainsi que l'adjonction au régime de lait écrémé en poudre.

Les régions du monde où la cirrhose et le carcinome primitif du foie sont très fréquents chez l'adulte, coïncident dans une certaine mesure, mais non absolument avec celles où sévit le kwashiorkor.

La conférence d'experts de l'alimentation et la nutrition qui s'est réunie en octobre 1949 a entrepris en 1950 une enquête sur le kwashiorkor en Afrique noire. Elle a présenté un certain nombre de recommandations et de mesures en ce qui concerne l'étude et la prophylaxie de cette affection.

Le Dr Raoult a fait une enquête et sondage en Haute-Volta, sur les carences vitaminiques de l'enfant noir, qui a porté sur 4.000 enfants. Il a mis en lumière un taux de carences vitaminiques de l'ordre de 20 %.

Comme de nombreux auteurs, le professeur Pales révèle le taux élevé des maladies par carence des avitaminoses qui n'ont jamais été dénombrées, mais il ajoute : « Tout le monde a parlé des carences. Personne, je crois, ne s'est penché sur le problème, même pas sur sa simple expression clinique. Peut-être parce qu'elle est liée au faciès ethnique et participe au tableau général.

Les gros ventres, les gencives tuméfiées, cramoisies et saignantes, la denture branlante, les glossites, les conjonctivites, les lésions cutanées, que l'on a longtemps rattachés à des chapitre nosologiques divers sont destinés, pour une bonne part, pour la plupart à remplir le cadre des maladies de la nutrition. Il y a là une lacune qui doit être comblée. »

En conclusion, nous soulignerons que dans ce domaine, l'enfant noir paie un lourd tribu au milieu. Il est la grande victime.

TROISIEME PARTIE

LES DIVERSES CAUSES DE LA MORTINATALITE ET DE LA MORTALITE INFANTILE - LA LUTTE CONTRE LA MORTINATALITE ET LA MORTALITE INFANTILE - LA PROTECTION MATERNELLE ET INFANTILE

Nous avons, dans les deux chapitres précédents :

1° Fait état de statistiques susceptibles de mettre en valeur le gaspillage considérable de vies d'enfants que nous déplorons en Afrique noire ;

2° Montré qu'il pourrait exister suffisamment de caractéristiques tenant, soit à la race, soit au milieu, en tout cas relevant du domaine de la géographie et pathologie humaine pour que l'enfant noir, en Afrique, fasse l'objet d'une étude approfondie et particulière.

Nous en arrivons aux causes proprement dites de la mortalité infantile. Il existe une littérature abondante tant des causes des décès que des remèdes à y apporter.

Nous n'insisterons donc pas dans notre thèse, sur ces aspects connus de la mortalité chez les enfants en Afrique ; il apparaît que le rôle joué par la mère africaine dans la mortalité de ses enfants est très important. Ce problème a déjà retenu l'attention. Ainsi, après avoir mis en cause, précédemment, la méconnaissance de l'homme noir en tant que facteur contribuant à handicaper la lutte contre la mortalité infantile en Afrique noire, il semble qu'il faille commencer l'étude des causes directes de cette hécatombe, par le rôle de la mère noire.

CHAPITRE PREMIER

CAUSES DE LA MORTINATALITE ET DE LA MORTALITE INFANTILE

Nous envisagerons ici :

a) La femme noire :

1° Conditions générales de vie : ignorance, coutumes, polygamie, mœurs, habitat, pauvreté ;

2° La grossesse et l'accouchement ;

3° Rôle de certaines affections sur la santé de la femme enceinte.

b) Enumération des causes de la mortinatalité ;

c) Les causes médicales de décès des enfants au Togo. L'hygiène et l'alimentation infantile.

d) L'orientation de la politique sanitaire coloniale.

e) La mentalité autochtone.

a) La femme noire.

1. *Conditions générales de vie.*

En Afrique noire, d'une façon générale, l'homme profite presque exclusivement des avantages que nous apportent les contacts avec la civilisation européenne.

La femme moyenne, c'est-à-dire l'immense majorité des femmes, reste attachée à la tradition, aux coutumes, et elle a, de par son rôle social, peu de contacts avec les éléments de la population européenne.

Elle est, en général, ignorante au Togo, comme ailleurs en Afrique noire, des notions élémentaires d'hygiène. Il est vrai qu'actuellement, la multiplicité des dispensaires et des centres de consultation, le rôle joué par le Service d'Hygiène mobile et de Prophylaxie, ainsi que l'action des infirmières visiteuses, ont contribué à répandre parmi les mères, certaines notions de puériculture européenne. Mais celles-ci leur apparaissent davantage comme une recette plus ou moins magique dictée par ceux qui détiennent la force, que comme une nécessité logique parfaitement assimilée.

La femme noire aime son enfant et est prête à beaucoup de sacrifices, même incompris — pour la santé de ce dernier. L'enfant tient une grande place dans la société africaine ; au Togo, une femme stérile n'est l'objet d'aucune considération.

Dans ce pays, l'enfant est une source de richesses, sa propriété est réglée par des conventions très précises.

L'enfant est la propriété de la mère jusqu'au sevrage et, à partir de ce moment, il appartient au père.

Ceci est important à retenir en ce qui concerne la protection de l'enfance et de la famille.

L'enfant est désiré. Une campagne d'éducation sanitaire bien faite pourrait donc être très fructueuse. Il n'est soumis à l'influence de la mère que durant sa première enfance, ensuite il appartient au père qui est libre de le confier sans garanties aucunes, à un quelconque membre de sa famille.

La notion de famille s'étend en Afrique noire, bien au-delà des limites auxquelles les Européens sont accoutumés. L'autorité des parents, oncles, tantes, etc., est absolue et cela ne va pas sans une certaine servitude et une exploitation parfois excessive de l'enfant. *Dans ce domaine, une législation sociale adaptée aux conditions existantes s'impose en vue de la protection de l'enfant.*

L'enfant du Bas-Togo et dans beaucoup de régions d'Afrique noire est souvent privé des soins nécessaires et de la surveillance que reçoivent communément les enfants d'Europe dans leur famille.

La *polygamie* fausse toutes les notions européennes de la famille, de l'éducation qui s'y donne et des bienfaits que l'enfant peut en retirer. A notre avis, la contribution de la polygamie à la mortalité infantile n'est pas négligeable. L'enfant vit dans la collectivité et s'y crée une place. La mère se livre en général à de durs travaux, soit dans les champs, soit revendeuse sur les marchés. Il existe une minorité d'institutrices, d'infirmières sage-femmes et fonctionnaires divers, dont le rôle à jouer sera déterminant en faveur de l'enfance. La mère travaille pour subvenir à ses besoins et à ceux de ses enfants, le père se contente le plus souvent de lui allouer une somme globale au départ.

L'enfant, de la naissance aux premiers pas, est botté sur le dos de sa mère qui vaque aux soins du ménage ou vend sur les marchés sous un soleil tropical, parmi les mouches et autres immondices, sans se séparer de ce dernier.

Les *mœurs* et les *coutumes* ont une très grande importance sur la gestation, sur la santé du nourrisson et de l'enfant.

Les *logements* sont insalubres, surtout dans les villages et en brousse. Dans ces derniers centres, fréquemment, les gens s'entassent dans une étroite paillotte, sur la terre battue, où pullulent mille insectes divers et mille sources de contaminations.

Dans les centres urbains, une enquête menée pour la ville de Bathurst, en Gambie, en 1930, a donné les résultats suivants :

10 % de la population noire vit dans des maisons qualifiées « bonnes » ;

46 % vivent dans des maisons étiquetées « indifférentes » ;

39 % habitent des maisons insalubres et des cases.

L'importance du problème de l'habitat en Afrique noire et ses incidences sur la mortalité dans cette région n'a pas échappé aux Pouvoirs publics qui ont examiné la question dans le cadre d'un vaste projet d'organisation sociale outre-mer.

La femme noire est assujettie aux coutumes, aux traditions, liées aux croyances ancestrales, qui déterminent chez elle une psychologie spéciale.

Sa mentalité particulière a, certainement, écrit M. Onabamiro, qui est originaire de la Nigeria et y a vécu, une influence sur sa santé. Elle pourrait avoir des incidences sur sa gestation, ses avortements, son accouchement.

Il serait intéressant, ajoute l'auteur, d'étudier le pourquoi du comportement de nos femmes, cela pourrait donner d'utiles renseignements pour la lutte contre la mortalité infantile.

Le pire ennemi de la femme noire est sa pauvreté ; il faut, au Togo tout au moins, faire exception pour une classe de femmes du négoce, particulièrement avisées et aisées, qui sont assez nombreuses dans le Bas-Togo ; mais en moyenne, la femme est pauvre.

Ses possibilités matérielles sont faibles, elle est en général sous-alimentée ou mal alimentée. Ses enfants sont souvent dans un dénûment voisin de la misère. *Il y a là un immense et impérieux effort à accomplir en matière de législation sociale.*

2. *La grossesse et l'accouchement.*

La femme mariée, selon la coutume indigène, revient dans sa famille pendant sa grossesse et pour son accouchement.

Nous reproduirons ici quelques extraits de la description qu'en donne M. Onabamiro : processus qu'il dit commun à toute la côte ouest africaine.

M. de Grosperrin a décrit quelques coutumes citées en matière d'accouchements publiés dans les annales de médecine et de pharmacie coloniale en 1935.

Donc, dit M. Onabamiro :

Le père de la femme prévient le fétichiste, ou le « médecin-man » de la présence de sa fille chez lui. Dans le courant de la treizième semaine de la grossesse, le fétichiste lui envoie un plat spécial composé de plantes médicinales et de poissons. Ce plat doit être absorbé le soir, après quoi elle ne doit adresser la parole à quiconque — ou le matin de très bonne heure, avant d'avoir parlé.

Des plats identiques sont prescrits jusqu'à la trente-troisième semaine de la grossesse.

A partir de cette époque, toute relation sexuelle lui est interdite et ce, jusqu'à ce que le bébé ait atteint l'âge de un an à deux ans et demi.

La femme enceinte continue cependant à travailler pendant sa grossesse, mais certains travaux lui seraient interdits.

Au terme de la grossesse, le père du mari prépare une eau spéciale, composée de plantes médicinales, en vue des bains prévus pour quelques jours.

Dès le début du travail, la femme est installée dans une pièce retirée de l'habitation, avec une vieille femme, un ou deux fétichcurs, selon la gravité du cas, deux ou trois anciens, qui doivent être prêts à faire les commissions éventuelles, le père du mari, le père ou la mère de la femme.

Pendant le travail, le médecin-man réconforte la parturiente, puis, on lui donne un bain médicinal, spécialement préparé auparavant, avant la rupture des membranes.

En attendant cette rupture, les assistants rient et plaisantent pour distraire la parturiente, qui ne doit pas crier. Quand celle-ci se produit, l'intéressée déshabillée, s'agenouille sur deux coussins placés sur le sol, en écartant le plus possible les genoux. On lui demande de respirer profondément et de pousser fort. Une fois encore le médecin-man récite des incantations et crache quelques plantes médicinales dans la bouche de la femme.

L'enfant arrive, il est tout simplement déposé sur une natte, par terre.

On attend la délivrance avant de couper le cordon. Une fois le placenta sorti, on le coupe alors.

Puis, ont lieu diverses cérémonies où le nouveau-né est soulevé, passé de main en main, subit des prières d'incantation.

C'est alors qu'une vieille femme procède à sa toilette. Le médecin-man s'en va après avoir fait des recommandations au père du mari. On installe la maman et l'enfant. Un feu est allumé pour maintenir la température dans la pièce.

La maman est amenée à un bain médicinal porté à une température se rapprochant de celle de l'ébullition. Il faut que la femme crie. *Cette méthode est employée en vue d'inciter l'utérus à se contracter et récupérer sa dimension normale.*

Ce bain est pris chaque jour, durant deux à trois semaines.

L'enfant est soumis à un bain médicinal, puis frictionné à l'huile de noix de coco. Après ce bain, la vieille femme fait faire quelques exercices à l'enfant qui est lancé en haut à plusieurs reprises et rattrappé par le pied gauche, le pied droit, le bras droit, etc...

Après ces exercices, on lui donne son premier repas, qui consiste en un liquide médicinal légèrement tiédi dans le creux de la main.

L'enfant prend une certaine quantité de ce liquide, qui est jugée suffisante selon la forme que prend son ventre.

L'enfant s'endort.

La mère du père reçoit pendant un certain temps, des leçons de puériculture de la vieille femme, concernant la technique du bain, les exercices et l'alimentation du bébé.

M. Onabamiro relève les bienfaits et les inconvénients de ces pratiques qui sont entre autres :

a) *Les avantages :*

1° L'effet psychologique de l'incantation du médecin-man ;

2° L'état actif des muscles de la femme durant le travail, car elle a travaillé jusqu'au dernier moment ;

3° Rareté des cas d'infection puerpérale. Le médecin-man ne fait jamais de toucher avant ou pendant le travail ;

4° Le poids petit des bébés, dû au régime alimentaire de la femme, facilite le travail.

b) *Les inconvénients :*

1° Danger de complications, le médecin-man ignorant tout de l'anatomie et des complications pathologiques : les anomalies de la présentation, les bassins anormaux, les prolapsus du cordon, les grossesses extra-utérines, les anomalies du placenta, les hydramnios, sont autant de cas qui laissent le médecin-man impuissant ;

2° Le danger infectieux ;

3° Pour l'enfant : le risque de refroidissement :

— Le manque d'asepsie du cordon risquant d'entraîner l'apparition du tétanos ombilical ;

— Le manque d'hygiène ;

— La suralimentation.

Les méthodes d'accouchement en milieu autochone sont susceptibles d'entraîner la mort du bébé.

Les cas désespérés maternels sont dirigés d'urgence par le médecin-man, vers les centres hospitaliers, ce qui contribue à élever la mortalité maternelle en milieu hospitalier.

A Lagos, en 1946, elle était de 11,53 pour 1.000.

En Sierra-Leone, en 1938, de 12,23 pour 1.000.

En Gold-Coast, en 1945, de 18 pour 1.000, ce qui est énorme. *Cela montre l'effort de propagande à accomplir en vue de la surveillance médicale de la grossesse et de l'accouchement.*

M. le commandant Cheveneau, dans une étude de l'accouchement chez les Minas du Bas-Togo, fait état de la durée des différentes phases de l'accouchement, qui n'est pas sensiblement différente de celle observée chez les Européennes.

3. *Rôle de certaines affections sur la santé de la femme enceinte africaine.*

Outre les conditions générales économiques et sociales de vie de la mère en Afrique noire, certaines affections sociales, endemo-épidémiques, ou à caractère géographique ou racial prononcé, ont une action néfaste sur la santé de la femme enceinte.

Nous citerons ici :

1° *Le paludisme :*

L'influence du paludisme sur la mortalité est énorme. Des études faites par Rigollet, à la Maternité indigène de Chalon, et par Vilette, à la Maternité de Tananarive, ainsi que par le Dr Marcel Léger, etc., ont montré que les femmes impaludées ne conduisent leurs grossesses à terme que dans 46 % des cas (Rigollet).

Or, en Afrique noire et au Togo en particulier, le paludisme domine nettement la pathologie. M. Tournier a fait une étude intéressante du paludisme à Lomé et au Togo, en 1932 et en 1933, publiée par le *Bulletin de la Société de Pathologie exotique*. Le médecin Le Gall (situation sanitaire de l'Empire français en 1940) estime que la morbidité palustre pour l'ensemble de la Fédération africaine, représente 30 % de la morbidité générale.

Au Togo, pour cette même année, 83.913 paludéens, soit 22,59 % de la morbidité, ont été traités dans tout le territoire et 126.316 cas en 1948.

2° *La syphilis et la blennoragie :*

En 1949, 11.879 cas de syphilis ont été dépistés dans le territoire et 14.669 cas de blennoragie ; mais il est extrêmement difficile de réaliser une lutte antisyphilitique méthodique et efficace, la mentalité autochtone ne s'y prête pas.

La blennoragie est fréquente et souvent cause de stérilité.

La syphilis est la cause la plus fréquente des accouchements prématurés et de la mortalité précoce des nourrissons. Mais M. Damien Laurent, entre autres, dans une étude concernant « La syphilis congénitale et son rôle dans la mortalité infantile », précise que l'examen de milliers de nourrissons lui a révélé la fréquence minime de la symptomatologie classique de l'hérédo-syphilis. Il pense que 40 % des accouchements prématurés et des avortements sont dus à d'autres causes : le travail, la carence alimentaire. Si 30 % des B.W. sont positifs, le paludisme, la lèpre, la spirochétose, la trypanosomiase peuvent être en cause.

3° *La tuberculose pulmonaire :*

On signale 107 cas de tuberculose pulmonaire — au Togo en 1948. Elle se rencontre surtout parmi les autochtones en contact direct avec l'Européen. Elle atteint peu l'élément féminin au Togo.

Il est intéressant de signaler qu'elle devient un fléau redoutable au Gold-Coast, où elle représente 10 % des causes de décès depuis plusieurs années. Ceci serait dû à la misère qui sévit dans cette région de l'Afrique noire ; des cas d'inanition sont signalés dans le Rapport du Service de Santé de ce territoire.

Le Togo, pays agricole relativement riche, ne connaît rien de tel et les résultats des enquêtes alimentaires effectuées dans ce territoire, ont démontré que, d'une façon générale, l'alimentation était suffisante sinon en qualité, du moins en quantité. Sauf peut-être dans certaines tribus du Nord-Togo, tels les Lossos.

4° *L'anémie de la grossesse. Les avitaminoses.*

Les femmes enceintes des pays tropicaux souffrent d'une affection étrange, non connue chez les femmes enceintes d'Europe.

Cette affection a été décrite sous le nom d'anémie de la grossesse, par Christine Y. Thomson et M. Balfour, qui ont eu l'occasion de l'étudier en détails chez les Hindous.

Elle entraîne un grand nombre de décès maternels.

Les avitaminoses sont causes de troubles chez la femme enceinte et la carence vitaminique de leur lait a des répercussions fâcheuses sur la santé du nourrisson.

---

b) Enumération des causes de la mortinatalité.

a) *Obstétricales.*

Le nombre d'accouchements dystociques (cette question se rattache au rachitisme et à la carence en vitamine D), d'accouchements prématurés, de grossesses gemellaires — le tableau de mortinatalité hospitalière (p. 44) en fait foi — est très élevé.

Les malformations du nouveau-né sont relativement fréquentes. Les avortements et les morts-nés sont surtout liés aux :

b) *Maladies de la mère*, précédemment dénoncées, et à sa manière de vivre.

Sont incriminés :

1° Le *travail* intensif de la femme ;

Le surmenage physique ;
Les longues marches, les charges trop lourdes.

2° Les pratiques médicales autochtones lors de l'accouchement et de la grossesse ;

3° Les conditions de vie, la carence vitaminique et une hygiène générale et alimentaire défectueuse ;

4° Les maladies sociales, telles que :

— La syphilis ;
— La blennoragie ;

5° Le paludisme ;

6° Dans certaines régions, le Nord-Togo en particulier, la maladie du sommeil.

Nous nous plaisons à signaler que c'est le Togo qui donna le signal de l'adoption d'une nouvelle formule dans la prophylaxie et le traitement de la maladie du sommeil (relaté par le médecin-colonel Le Rouzic et le médecin-capitaine Kock, dans le *Bulletin Médical de l'Afrique occidentale française*) : « Les raisons sont « d'ailleurs nombreuses qui font de ce territoire l'instigateur de « méthodes nouvelles ; depuis 1914, la trypanosomiase est com- « battue dans le Nord du pays, l'organisation de la lutte s'est per- « fectionnée au cours des années... et dans ce pays sous mandat, « le service de santé jouit d'une certaine autonomie.

« L'arrêté du 27 juin 1938 fixe les modalités de fonctionnement « du secteur de traitement et de prophylaxie de la maladie du « sommeil au Togo. Il déclare contaminés les cercles de Mango « et de Sokodé, et divise le secteur en quatre sous-secteurs (Pagou- « da, Lama-Kara, Sokodé, Sansanné-Mango)...

« Tandis que le Togo s'organise, la situation de l'A.O.F. demeure « inchangée.

« Il faut attendre 1939 pour que s'organise un service de pro- « phylaxie autonome contre la maladie du sommeil.

« Sur la proposition du médecin général Vaucel, M. Pleven « décrète le 15 juin 1944, la création dans les territoires africains, « de services d'hygiène mobile et de prophylaxie, chargés d'inten- « sifier la lutte contre les maladies sociales. »

---

c) Les causes médicales de décès des enfants au Togo.

Les causes de la mortalité infantile en Afrique, font l'objet de nombreux travaux de médecins coloniaux.

Selon les régions considérées et les investigations qui y ont été entreprises, on a accordé la prééminence à telle ou telle affection, mais d'une façon générale, outre les causes sociales et économiques que nous avons envisagées précédemment, les causes médicales les plus fréquemment invoquées sont :

— Le paludisme ;
— La syphilis ;
— La gastro-entérite ;
— Les Parasitoses intestinales ;
— La broncho-pneumonie ;
— L'athrepsie, la débilité ;
— Le tétanos ombilical ;
— La rougeole et la coqueluche ;
— Le pian ;
— La trypanosomiase.

On signale quelques cas de décès dus à la peste, à la fièvre récurrente et surtout aux épidémies de méningite cérébro-spinale qui sévissent en particulier en Haute-Volta et dans le Nord du Togo.

Un rapport concernant la mortalité infantile en A.O.F. durant l'année 1940, publiée par les *Annales de Médecine et de Pharmacie coloniale* relate, par territoires, les causes de décès des enfants et le pourcentage de la mortalité générale des enfants que représente chacune de ces affections.

Au Sénégal :

La gastro-entérite prédomine ; elle représente 31,71 % de la mortalité générale chez les enfants ;

Puis, la broncho-pneumonie, qui représente 17,39 % de la mortalité générale ;

L'athrepsie, la débilité : 15,34 % ;
Le paludisme : 11,5 % ;
Le tétanos ombilical : 9,46 % ;
L'hérédo-syphilis : 4,6 %.

Au Niger :

Le paludisme représente 43,14 % de la mortalité générale des enfants ;
Les affections digestives : 16,56 % ;
Les affections de l'appareil respiratoire : 17,74 % ;
Rougeole et coqueluche : 10,70 % ;
L'hérédo-syphilis : 3,030 %.

Au Togo :

Le paludisme, chez les enfants, représente 23,6 % de la morbidité chez ces derniers. Les affections de l'appareil respiratoire, 15,5 %. Ls affections digestives, 13,3 % ; le pian, 12,3 %, et les dermatoses diverses, 7 %.

Le tableau général de la morbidité et de la mortalité infantile dans les établissements hospitaliers au Togo, font ressortir de façon plus complète l'étendue du péril congénital, alimentaire et infectieux qui guette l'enfant noir en Afrique.

Nous reproduisons, extrait des rapports annuels que la France adresse aux Nations unies, les causes et les chiffres de décès hospitaliers.

« Comme toujours, la mortalité hospitalière est extrêmement « faible, et ne représente pas le taux normal de léthalité.

« En effet, les moribonds sont souvent emmenés par leur famille, « pour qu'ils ne meurent pas à l'hôpital, afin de permettre dans « les villages, de procéder aux rites coutumiers précédant la mort.

« Cependant, toutes proportions gardées, le tableau suivant « donne une idée assez nette des principales causes de décès chez « les enfants. »

MALADIES	ENFANTS DE 0 A 2 ANS			ENFANTS DE 2 A 5 ANS		
1° *Maladies épidémiques*	Nombre de malades	% de la morbidité	Nombre de décès	Nombre de malades	% de la morbidité	Nombre de décès
Paludisme :						
— Fièvre	16.190	21,81	—	11.078	13.26	—
— Cachexie	547	0,73	—	1.037	1,24	—
Accès pernicieux ...	40	0,05	—	18	0,02	—
Fièvre bilieuse hémoglobinurique	14	0,01	—	38	0,04	—
Trypanosomiasse	—	—	—	—	—	—
Amibiase	126	0,17	—	217	0,25	—
Dysenterie bacillaire..	6	0,008	—	2	0,002	—
Parasitoses intestinales	856	1,15	—	1.893	2,26	—
Bilharziose	—	—	—	8	0,009	—
Filariose	10	0,01	—	31	0,03	—
Pian	8.436	11,36	—	16.248	19.45	—
Ulcères phagédéniques	2.219	2,98	—	2.157	2,58	—
Autres maladies : diverses	—	—	—	—	—	—
TOTAUX	29.444			32.727		

MALADIES	ENFANTS DE 0 A 2 ANS			ENFANTS DE 2 A 5 ANS		
	Nombre de malades	% de la morbidité	Nombre de décès	Nombre de malades	% de la morbidité	Nombre de décès
2° Maladies endémo-épidémiques						
Pneumococcie	71	0,09	1	51	0,06	—
Grippe	—	—	—	—	—	—
Méningite C.S. épidémique	13	0,01	13	—	—	—
Poliomyélite	—	—	—	—	—	—
Fièvre typhoïde	—	—	—	—	—	—
Coqueluche	373	0,50	—	359	—	—
Rougeole	204	0,27	—	600	0,72	—
Oreillons	54	0,07	—	113	0,13	—
Varicelle	28	0,03	—	92	0,11	—
Scarlatine	—	—	—	—	—	—
Trachome	32	0,04	—	131	0,15	—
Tétanos	5	0,006	—	1	0,001	—
Rage	—	—	—	—	—	—
TOTAUX	780		14	1.347		
3° Maladies sociales						
Tuberculose						
— Pulmonaire	—	—	—	—	—	—
— Autres formes	—	—	—	—	—	—
Maladies vénériennes:						
— Syphilis, athropsie	981	1,32	1	1.864	2,23	—
— Blennorragie	18	0,02	—	9	0,01	—
Lèpre	—		—	—	—	—
TOTAUX	999		1	1.873		—
4° Maladies sporadiques						
Appareil respiratoire.	9.203	12,39	1	8.679	10,39	—
Appareil circulatoire..	224	0,30	1	128	0,15	—
Appareil digestif	9.821	13,23	3	8.036	9,62	—
Appareil urinaire	3	0,004	—	23	0,02	—
Système nerveux	634	0,85	—	462	0,55	—
Affections diverses	2.160	2,91	—	2.454	2,93	—
TOTAUX	22.045		5	19.782		—
5° Maladies chirurgicales						
Lésions des parties molles	8.930	12,03	—	12.445	14,90	—
Affections des os	3	0,004	—	32	0,03	—
Affections des articulations	189	0,25		166	0,19	—
Affections de la tête et du cou	68	0,09	—	152	0,18	—
Affection de la poitrine	18	0,02	—	71	0,08	—
Affections de l'abdomen	5	0,006	—	1	0,001	—
Affections de l'appareil urinaire	6	0,008	—	8	0,009	—
Affections de l'appareil génital mâle	—	—	—	356	0,42	—
Affections de l'appareil génital femelle	—	—	—	6	0,007	—
Affections des organes des sens	6.639	8,94	—	6.836	8,18	—
Affections diverses	301	0,40	—	892	1,06	—
TOTAUX	16.159			20.965		

MALADIES	ENFANTS DE 0 A 2 ANS			ENFANTS DE 2 A 5 ANS		
	Nombre de malades	% de la morbidité	Nombre de décès	Nombre de malades	% de la morbidité	Nombre de décès
6° *Maladies cutanées*						
Dermatoses parasitaires	3.435	0,62	—	4.525	5,41	—
Dermatoses microbiennes	242	0,32	—	814	0,97	—
Dermatoses autotoxiques	98	0,13	—	87	0,10	—
Dermatoses diverses	1.020	1,37	—	1.394	1,66	—
TOTAUX	4.795	6,46	—	6.820	8,16	—
TOTAUX GENERAUX	74.222		20	83.514		

ANNEE 1948

1° *Maladies épidémiques*						
Paludisme :						
— Fièvre	23.127	26,51	—	15.457	12,50	1
— Cachexie	876	0,85	1	743	0,60	1
— Accès pernicieux	711	0,69	5	384	0,31	2
Fièvre bilieuse hémoglobinurique	—	—	—	—	—	—
Trypanosomiase	—	—	—	—	—	—
Amibiase	188	0,18	—	136	0,11	—
Dysenterie bacillaire	6	—	—	5	—	—
Parasitoses intestinales	1.566	1,53	1	2.071	1,71	—
Bilharziose	9	—	—	25	0,02	—
Filariose	46	0,04	—	1.266	1,05	—
Pian	11.280	11,03	—	16.571	13,76	—
Ulcères phagédéniques	1.342	1,31	—	3.333	2,76	1
Autres maladies	—	—	—	—	—	—
TOTAUX	39.241	38,33	7	39.991	33,12	5
2° *Maladies endémo-épidémiques* (maladies transmissibles communes à la métropole et aux colonies)						
Pneumococcie	167	0,16	4	158	0,13	—
Grippe	93	0,09	—	90	0,07	—
Méningite C.S. épidémique	—	—	—	—	—	—
Poliomyélite	—	—	—	—	—	—
Fièvre typhoïde	—	—	—	—	—	—
Coqueluche	585	0,57	—	642	0,53	—
Rougeole	926	0,90	—	805	0,66	—
Oreillons	223	0,21	—	257	0,21	—
Varicelle	111	0,10	—	220	0,18	—
Scarlatine	—	—	—	—	—	—
Trachome	126	0,12	—	285	0,23	—
Tétanos	13	—	5	6	—	—
Rage	5	—	—	9	—	—
TOTAUX	2.249	2,15	9	2.472	2,05	—

MALADIES	ENFANTS DE 0 A 2 ANS			ENFANTS DE 2 A 5 ANS		
	Nombre de malades	% de la morbidité	Nombre de décès	Nombre de malades	% de la morbidité	Nombre de décès
3° *Maladies sociales*						
Tuberculose :						
— Pulmonaire	21	0,01	1	—	—	—
— Autres formes .	—	—	—	1	—	—
Maladies vénériennes:						
— Syphilis, athrepsie	1.196	1,16	1	2.204	1,83	3
— Blennorragie ...	20	0,01	—	11	—	1
Lèpre	—			—		—
TOTAUX	1.237	1,20	2	2.216	1,84	4
4° *Maladies sporadiques*						
Appareil respiratoire .	16.841	15,48	3	14.657	12,16	—
Appareil circulatoire.	115	0,10	2	239	0,19	1
Appareil digestif	13.192	12,90	5	13.450	11,16	2
Appareil urinaire	20	0,01	—	141	0,11	—
Système nerveux	132	0,12	1	217	0,18	1
Affections diverses ..	3.288	3,22	1	4.294	3,56	—
TOTAUX	33.595	32,85	12	32.998	27,40	4
5° *Maladies chirurgicales*						
Lésions des parties molles	10.568	10,33	1	24.241	20,12	—
Affections des os	23	0,02	—	85	0,07	—
Affections des articulations	23	0,02	—	174	0,14	—
Affections de la tête et du cou	141	0,15	—	421	0,34	—
Affections de la poitrine	131	0,12	—	168	0,13	—
Affections de l'abdomen	78	0,07	—	32	0,02	—
Affections de l'appareil urinaire	31	0,03	—	13	0,01	—
Affections de l'appareil génital mâle ..	2	—	—	11	—	—
Affections de l'appareil génital femelle	2	—	—	4	—	—
Affections des organes des sens	7.906	7,73	—	9.022	7,49	—
Affections diverses ..	2.082	2,03	—	3.341	2,77	1
TOTAUX	19.487	19,05	1	37.513	31,14	1
6° *Maladies cutanées*						
Dermatoses parasitaires	2.512	2,45	—	2.701	2,24	—
Dermatoses microbiennes	366	0,35	—	422	0,35	—
Dermatoses autotoxiques	164	0,16	—	384	0,31	—
Dermatoses diverses .	1.895	0,85	—	1.727	1,43	—
TOTAUX	4.937	4,82	—	5.234	4,34	—
TOTAUX GENERAUX.	102.246		31	120.424		14

Nous tenons à signaler le taux élevé de mortalité infantile dû aux épidémies de méningite cérébro-spinale qui sévissent dans le territoire.

Ainsi, en 1949, pour la subdivision de Lama-Kara :

ENFANTS

MOIS	0-2 ans		2-3 ans		5 ans et plus		TOTAL	
	Cas	Décès	Cas	Décès	Cas	Décès	Cas	Décès
Janvier	147	15	296	16	598	21	1.732	44
Février	332	32	798	40	1.540	53	4.080	197
Mars	200	23	302	25	480	27	1.448	93
Avril	26	5	45	5	71	6	228	23
Mai	6	1	16	2	48	4	133	11
Juin	5	1	8	1	22	1	60	4
Juillet	3	0	5	1	7	1	24	3
TOTAL	719	77	1.440	90	2.776	113	7.655	405
% de décès totaux		10,7		6,2		4		

Donc, au Togo, les affections pulmonaires et digestives prédominent. Le paludisme est la cause la plus importante de la morbidité.

L'ankylostomiase, l'hérédo-syphilis, l'absence d'hygiène et la carence alimentaire expliquent en grande partie la fréquence de ces affections, aussi étudierons-nous plus particulièrement l'hygiène et l'alimentation infantiles.

L'HYGIENE ET L'ALIMENTATION INFANTILE

L'insuffisance vestimentaire chez les enfants d'Afrique a fait l'objet de nombreuses controverses au sein des organismes chargés de la protection de l'enfance africaine ; de nombreux articles ont été consacrés à ce sujet.

1° La fréquence des maladies pulmonaires ont incité les autorités responsables à mener une campagne en faveur du vêtement pour l'enfance africaine qui se promène nue, en général, quelle que soit la température extérieure.

2° La prédisposition au rachitisme de la race noire a fait tenir pour préférable, la nudité absolue pour l'enfance indigène, qui profite ainsi au maximum des rayons solaires indispensables.

Il est probable que l'enfant noir doit être vêtu pour se protéger du froid, des piqûres d'insectes, de la saleté ; mais, d'autre part, une vêture systématique et trop complète pourrait se révéler inopportune.

Tout ceci pose le problème de l'éducation sanitaire.

Les parents doivent savoir que si leurs enfants toussent, le froid en est la cause probable. Leur nudité peut être incriminée, ainsi que d'autres coutumes, telles que les bains quotidiens prolongés en

plein vent, quelle que soit la saison, le plus souvent à l'eau très chaude. Puis l'enfant est laissé dehors, sans séchage préalable et sans vêtements en général.

Chez les populations de la brousse, l'absence de propreté corporelle du nourrisson est par contre dénoncée.

L'hygiène alimentaire infantile est totalement inconnue en Afrique noire.

En général, l'allaitement au sein est pratiqué. Si la femme n'a pas de lait, l'allaitement artificiel étant à peu près ignoré, l'enfant en subit les conséquences funestes.

M. Damien Laurent écrit, dans les Problèmes de l'Enfance en A.E.F. : « L'enfant noir meurt de froid. L'enfant noir meurt de faim », car la femme noire n'a pas de lait ; ceci est certainement exact pour certaines régions de l'Afrique où l'alimentation de la mère est particulièrement carencée et défectueuse.

Cette situation n'est pas très répandue au Togo, qui est un des pays d'Afrique noire les plus favorisés, du point de vue nutritionnel. (Etude de Richet et Hardy, sur l'alimentation des indigènes dans les colonies françaises, 1933.)

Une analyse de la composition du lait des femmes autochtones a permis de déceler une augmentation considérable d'extraits secs par rapport au lait des femmes européennes, et surtout une teneur exagérée de la quantité de beurre.

Mme Bonnecarrère signale au Togo, une grande toxicité du lait de femme, conséquence du mode d'alimentation. D'autre part, les travaux pénibles influeraient sur la qualité du lait.

L'allaitement n'est pas réglementé et le nourrisson noir est suralimenté, ce qui est à l'origine de troubles gastro-intestinaux fréquents chez ce dernier.

Ceci expliquerait son accroissement pondéral capricieux. A l'âge du sevrage, les affections gastro-intestinales sont nombreuses car, à ce moment, l'enfant participe au menu familial.

Au Togo, dans certaines tribus, vers le sixième mois, la tradition veut que l'on commence à donner au bébé des bouillies diverses de maïs, de gari, de mil. Ces nourrissons subissent de véritables gavages, ce qui entraîne des dilatations d'estomac, des diarrhées vertes, des colites, des gastro-entérites.

Les enfants paient un lourd tribu à la dysenterie amibienne et bacillaire, ainsi qu'aux parasitismes intestinaux divers.

L'hygiène de l'habitation, la question de l'eau potable sont en cause dans ces affections. La structure sociale existante permet à l'enfant, dès qu'il peut marcher seul et dès qu'il est sevré, d'agir à peu près à sa guise en ce qui concerne son alimentation qui n'est plus très surveillée ni réglée.

Il se traîne sur le sol pollué et mange tout ce qui lui tombe sous la main.

Dans ce domaine, l'éducation et les lois sociales ont un rôle immense à jouer.

Un fléau social qui a des répercussions directes sur la santé des enfants et grossit le contingent des débiles et des déficients : l'*alcoolisme* fait des ravages dans le territoire africain. *L'importation massive d'alcool, au détriment d'autres denrées de première nécessité, constitue un péril considérable pour la race noire.*

Le domaine de l'hygiène, dans les territoires d'outre-mer, est vaste, des initiatives sont prises par le Service de Santé, en vue de faire pénétrer dans la masse des populations autochtones, la nécessité de mesures collectives.

Cette action mérite d'être soulignée, en particulier le rôle de la mission d'enquête anthropologique et les résolutions de la Conférence de Dschang, concernant la nutrition en Afrique noire.

Jusqu'ici, la médecine outre-mer présentait un caractère essentiellement opportuniste, curatif, palliatif, à la chaîne. Il nous semble qu'il faille mettre au rang des causes indirectes de la forte mortalité infantile : l'orientation de la politique sanitaire coloniale.

d) La politique sanitaire coloniale.

Les médecins furent des premières croisades coloniales. En 1900-1901, fut constituée une armée spécifiquement coloniale, avec son Service de Santé puis, en 1905, un corps de confrères civils.

Le corps de santé colonial s'attacha à la lutte contre les grandes endémies et les épidémies.

L'œuvre des pastoriens a été considérable.

L'action essentielle porta sur l'assainissement du pays, en vue de la protection européenne.

Cette action ne devint sociale que par nécessité.

En 1920, M. Daladier, alors ministre des Colonies, traça un programme d'action médicale sociale, comprenant l'assistance médicale généralisée pour les autochtones, la surveillance de la main-d'œuvre, la protection de l'enfance, la création de dispensaires, l'augmentation du personnel sanitaire indigène.

En 1936, M. Marius Moutet demanda une statistique précise de la mortalité infantile ; la médecine outre-mer devint alors sociale et démographique ; elle porta désormais son action sur l'hygiène et la prophylaxie.

Actuellement, l'hygiène des collectivités est l'objet des préoccupations des autorités responsables.

M. Damien Laurent, « L'Enfance noire en Afrique centrale », pense que l'orientation de la médecine coloniale a sa part de responsabilités dans le taux élevé de la mortalité infantile outre-mer. « L'enfance indigène est un des problèmes les plus obscurs, « disons-nous ; en effet, les hygiénistes, depuis le début de notre « pénétration, se sont préoccupés exclusivement de la lutte contre

« les grandes endémies tropicales, tâchant de faire régresser cer-
« tains fléaux qui décimaient les Noirs, s'attaquant à la morbidité
« et à la mortalité générale.

« La totalité de leurs efforts étant absorbée par cette tâche, ils
« ne purent établir les *méthodes* propres à la conservation et au
« développement de nouvelles souches. »

Mais nous ne nous attarderons pas à déplorer les erreurs, sans doute explicables, du passé. Tournons-nous résolument vers l'avenir et constatons que l'Afrique est un pays neuf, donc un champ admirable d'expérimentation pour une politique sanitaire neuve, coordonnée, usant de toutes les techniques scientifiques nouvelles. Notre souci d'objectivité nous incite néanmoins à envisager le rôle, qui n'est pas le moins important, de l'autochtone dans la réalisation de ce programme sanitaire.

e) La mentalité autochtone.

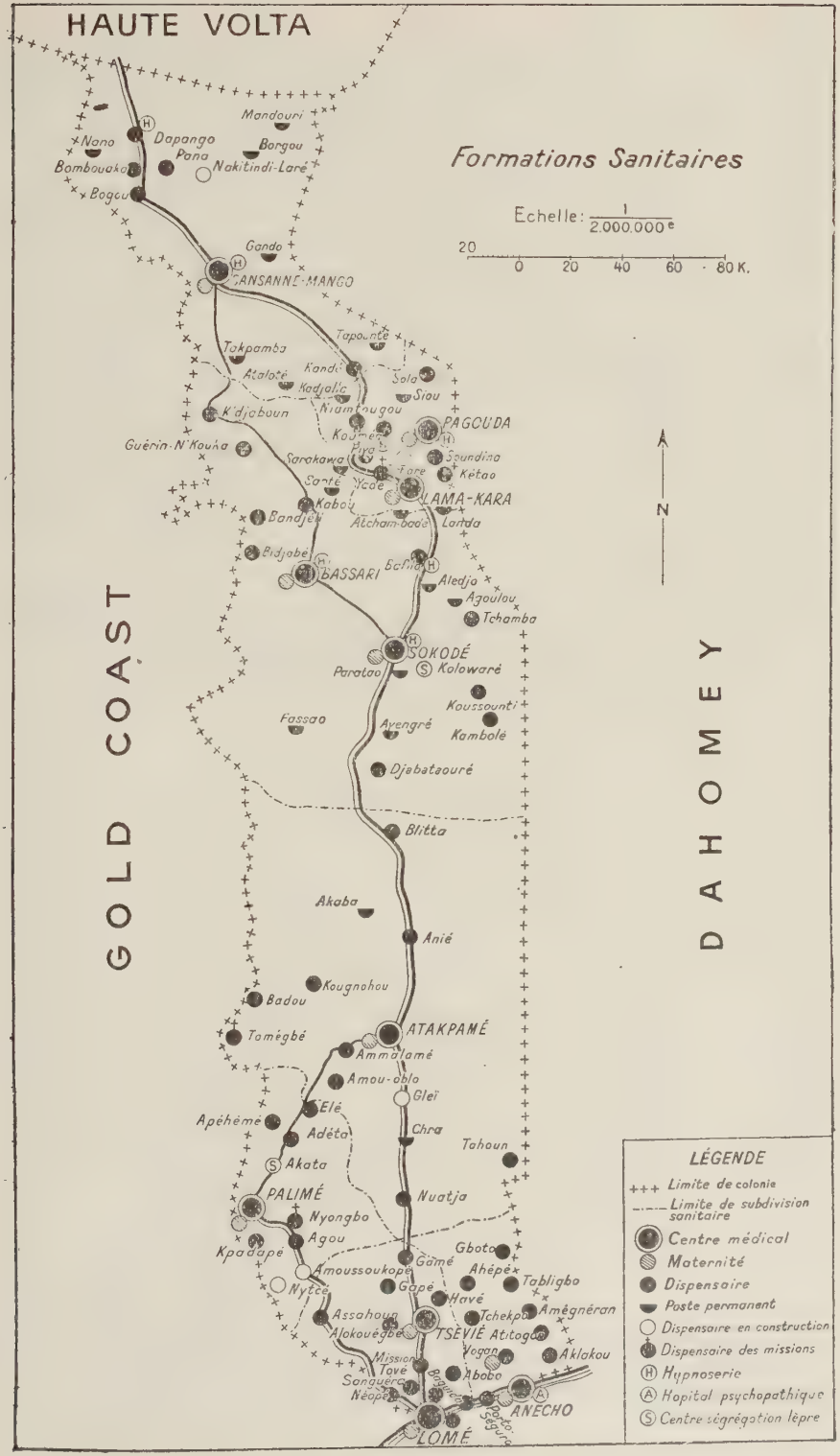
Mlle R. Barbé, de l'Office de la Recherche scientifique coloniale, professeur agrégé de l'Université, a soumis des enfants métisses à un certain nombre de tests de mémoire et d'intelligence générale et en a interprété les résultats en fonction des conditions de vie des enfants, de l'alimentation, de la juxtaposition de deux cultures, des conditions économiques et sociales, de l'insuffisance des locaux et de leur aménagement, de l'effet débilitant du climat.

Elle signale d'autre part, un aspect de la mentalité autochtone que nous désirons surtout retenir ici, c'est le goût inné de la palabre, l'éveil tardif de l'activité rationnelle et l'inertie.

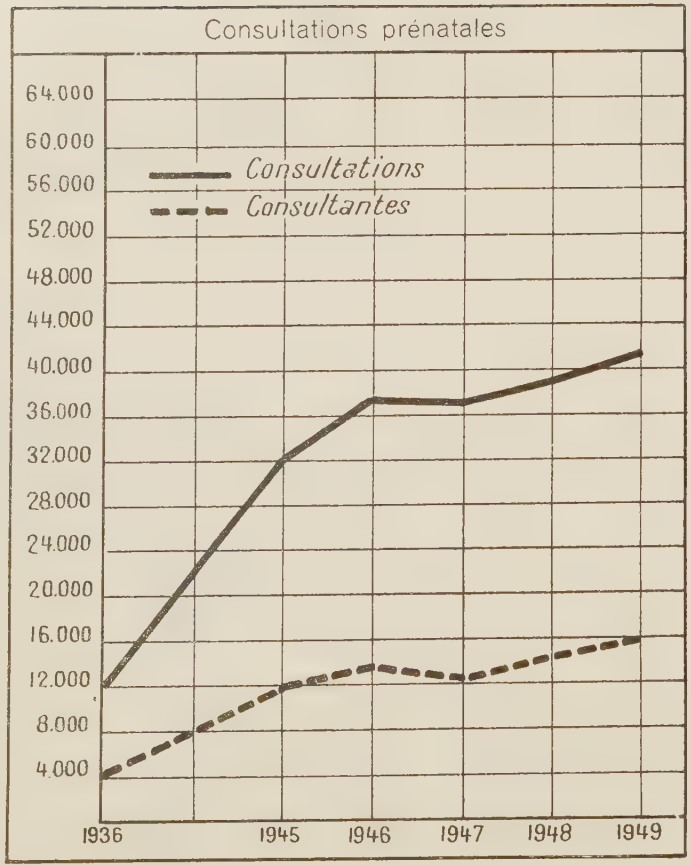
Il est malheureusement vrai que nos compatriotes manquent absolument d'esprit d'initiative, cette tendance naturelle (?) n'a pu être que favorisée par les méthodes d'administration coloniale en vigueur outre-mer. Nous avons perdu l'habitude de penser que nous sommes responsables de nous-mêmes, notre destinée politique ne nous étant pas directement confiée, nous avons tendance à attendre qu'on nous octroie tout, même la santé.

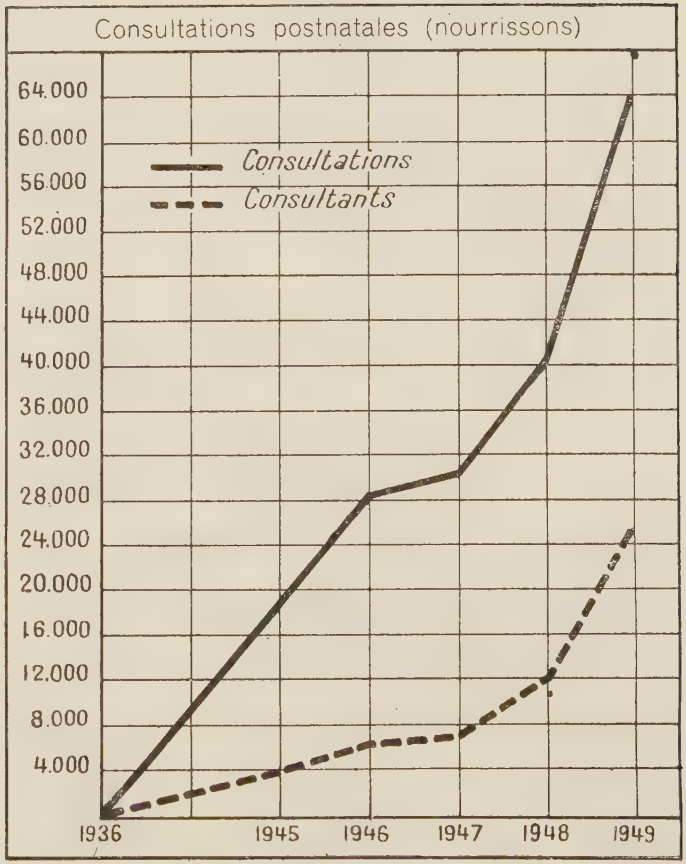
Cet état d'esprit est néfaste. Dès aujourd'hui, une campagne intensive doit être entreprise auprès de la grande masse des populations, afin qu'elles sachent et qu'elles comprennent que si elles veulent sauver leurs enfants, si elles veulent préserver leur race, l'action principale leur incombe.

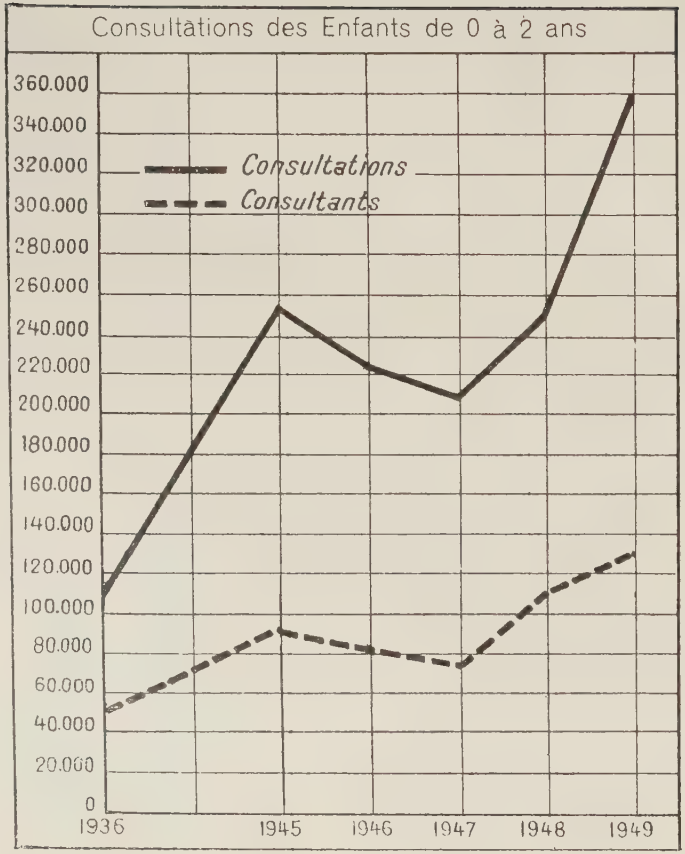
Dans les autres pays, l'initiative individuelle a entraîné l'action de l'Etat. Chez nous, nous pensons que l'Etat doit penser et construire pour nous. C'est une faute de raisonnement grave dont les conséquences sont incalculables.

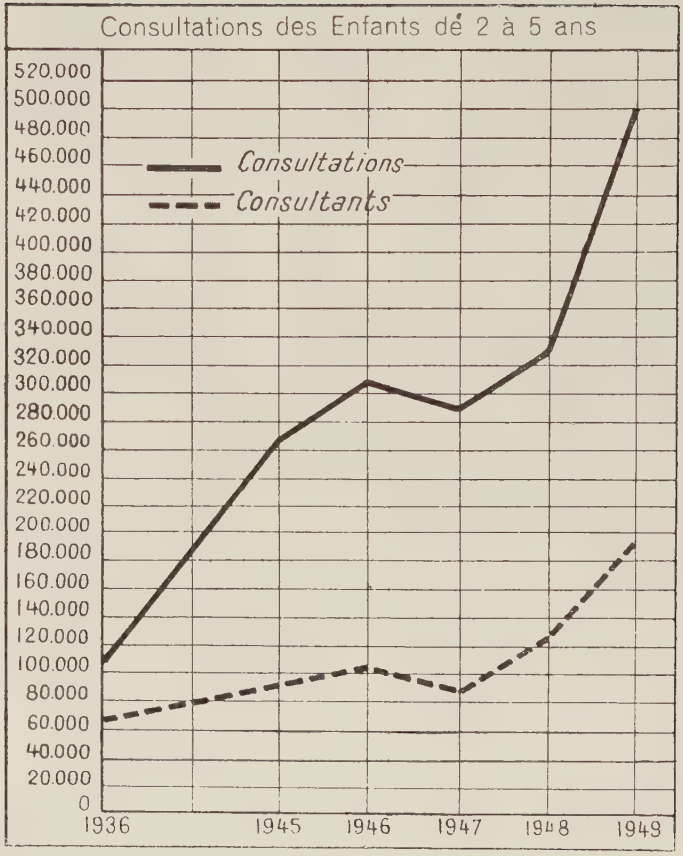

HAUTE VOLTA
GOLD COAST
DAHOMEY
Formations Sanitaires
Echelle: 1/2.000.000e
20 0 20 40 60 80 K.
N
Mandouri
Dapango
Pana
Borgou
Nakitindi-Laré
Nano
Bombouaka
Bogou
Gando
CANSANNE-MANGO
Tapounté
Takpamba
Atalotè
Kandi
Kadjalla
Sola
Siou
Niamtougou
K'djabouin
PAGOUDA
Guérin-N'Kouka
Sarokawa
Santé
Ycdé
Kétao
Soundina
Tare
LAMA-KARA
Kabou
Bandjeli
Alcham-bodé
Lonta
Bidjabé
BASSARI
Aledjo
Agoulou
Tchamba
SOKODÉ
Paratao
Koloware
Koussounti
Fassao
Avengré
Kambolé
Djebataouré
Blitta
Akaba
Anié
Kougnohou
Badou
ATAKPAMÉ
Tomégbé
Ammalamé
Amou-oblo
Gleï
Elé
Apéhémé
Adéta
Chra
Tahoun
Akata
PALIMÉ
Nuatja
Nyongbo
Agou
Kpadape
Gbota
Gamé
Amoussoukopé
Ahépé
Tabligbo
Nyité
Gapé
Havé
Tchekpo
Amégnéran
Assahoun
Alokoegbé
TSÉVIÉ
Atitogon
Yegan
Aklakou
Mission Tové
Sangueré
Néopé
Abobo
ANÉCHO
LOMÉ
LÉGENDE
Limite de colonie
Limite de subdivision sanitaire
Centre médical
Maternité
Dispensaire
Poste permanent
Dispensaire en construction
Dispensaire des missions
(H) Hypnoserie
(A) Hopital psychopathique
(S) Centre ségrégation lèpre

PROTECTION MATERNELLE ET INFANTILE EN 1949









Extrait du rapport présenté par le Gouvernement français aux Nations-Unis

CHAPITRE II

LA LUTTE CONTRE LA MORTINATALITE ET LA MORTALITE INFANTILE

La protection maternelle et infantile au Togo

Organisation du Service de Santé au Togo.

L'ensemble du Service est dirigé par un médecin-colonel des troupes du Service de Santé, placé en position hors-cadres.

Le directeur de la Santé publique, conseiller technique du commissaire de la République a, en outre, dans ses attributions, la direction du Service d'Hygiène mobile et de Prophylaxie, la direction de la Santé maritime et la direction des Services d'Hygiène urbaine. Il est vice-président du Conseil supérieur d'Hygiène et de salubrité publique, présidé par le Chef du Territoire.

Il existe deux grands services : l'Assistance médicale indigène et le Service d'Hygiène mobile et de Prophylaxie.

L'Assistance médicale indigène est un service statique, principalement chargé de la médecine curative.

Huit divisions sanitaires existent dans le territoire ; elles correspondent territorialement aux circonscriptions administratives : ce sont les subdivisions de Lomé-Tsévié, Anécho, Palimé, Atakpamé, Sokodé-Bassari, Lama-Kara, Mango.

Chaque subdivision comporte :

— Un Centre médical, installé au chef-lieu de la subdivision où est installé une maternité ;

— Un Service d'Hygiène urbaine, installé au chef-lieu également ;

— Des dispensaires sont installés à l'intérieur de la subdivision ;

— Des postes permanents de l'A.M.I., des établissements spécialisés font, en outre, partie de chaque subdivision sanitaire.

Ces subdivisions sanitaires sont dirigées par un médecin qui assure le fonctionnement de son service avec le personnel sanitaire de sa subdivision.

Un nouvel hôpital est en construction à Lomé, comprenant 600 lits.

Le Service d'Hygiène mobile et de Prophylaxie est chargé de la médecine préventive. Les huit secteurs d'hygiène mobile et de prophylaxie correspondent exactement au ressort des subdivisions sanitaires, elles sont dirigées par les médecins-chefs de subdivisions qui disposent de leur personnel pour former des équipes de prospection et des équipes de traitement.

L'action du Service d'Hygiène mobile et de Prophylaxie s'exerce en faveur de la lutte contre la mortinatalité et la mortalité infantile :

a) Elle s'emploie, au cours de ses tournées, à améliorer l'instruction des masses en matière d'hygiène ;

b) A augmenter la confiance des autochtones dans les services médicaux mis à leur disposition ;

c) A faire disparaître les pratiques nuisibles et dangereuses.

Il a un rôle de dépistage et pratique les vaccinations des masses.

La protection maternelle et infantile fait chaque année l'objet d'un rapport qui est une réponse aux questionnaires adressés, à ce sujet, par l'Organisme des Nations unies.

Nous le reproduisons ci-après :

« PROTECTION DE LA MATERNITÉ, DE LA PREMIÈRE ENFANCE ET DE L'ENFANCE PRÉ-SCOLAIRE

a) *Services sociaux d'assistance pré-natale et de protection de la mère.*

La mortalité infantile étant, en milieu autochtone principalement, un des principaux facteurs de dépopulation, la protection de la mère et de l'enfant a fait, depuis 1946, l'objet d'une réorganisation complète de ce service.

Les bases en sont constituées par la mise en œuvre de consultations pré et post-natales, régulièrement poursuivies et s'étendant progressivement à des centres de plus en plus nombreux, par une plus grande fréquentation des maternités et par l'éducation des matrones, dont l'action et l'influence doivent être utilisées au profit de nos méthodes.

Les consultations pré et post-natales sont organisées, dans l'ensemble du territoire, sous la forme de consultations urbaines, données à la maternité du chef-lieu de la subdivision sanitaire, et sous la forme de consultations foraines données par une équipe itinérante, formée du médecin, de la sage-femme et du personnel infirmier nécessaire qui, périodiquement, visite et revisite, suivant un rythme régulier, établi et connu à l'avance, les femmes enceintes et les nourrissons, dans des centres choisis.

L'expérience a montré qu'un intervalle d'un mois, entre deux examens, constitue le maximum qu'on puisse exiger de la population rurale, alors que la contrainte qu'exigerait un rythme plus fréquent, aboutirait à un échec.

Les résultats ont également montré les progrès réalisés dans le domaine de cette protection de l'enfance, organisée suivant ces principes. En effet, dans la région très peuplée de Lama-Kara, sur 663 naissances, enregistrées au cours d'une période de huit mois, avant l'instauration de ces consultations, il y eut 200 décès, soit 30,10 % de mortalité. Pendant le même laps de temps, dans la même région, après organisation des consultations, on ne constata que 57 décès sur 2.689 nourrissons, régulièrement suivis, soit 2,11 %.

La consultation mobile, mentionnée au rapport de l'année dernière, continue à opérer avec le plus grand succès dans les villages de la subdivision sanitaire de Lomé.

Matrones. — Si l'incompréhension ou l'indifférence des femmes autochtones a constitué et constitue encore pour certaines, un frein au développement des services de protection de l'enfance, l'emprise réelle qu'exercent sur elles les matrones risque également d'être un obstacle sérieux à la progression de leur activité.

L'action menée à leur endroit par les services de la Santé publique s'est attachée à vaincre leur hostilité, à les faire sortir de leur clandestinité et à les transformer, d'ennemies acharnées de notre action, en propagandistes de notre cause.

Elles ont été éduquées par des stages effectués dans les maternités et sont devenues, après quelques mois d'instruction et de pratique surveillée, capables de pratiquer correctement et proprement un accouchement normal. Elles ont été ainsi officialisées et reçoivent d'ailleurs une rémunération régulière.

Elles sont chargées d'amener les femmes enceintes aux consultations prénatales, et de veiller à ce que les nourrissons soient régulièrement examinés.

Certaines sont autorisées à pratiquer les accouchements simples, soit à domicile (il s'agit des villages), soit dans les « Maternités annexes » créées à leur intention au titre d'un essai qui s'est montré satisfaisant. Elles sont dotées d'un petit matériel technique, ainsi que de quelques objets de pansement, leur permettant de travailler dans des conditions correctes.

Choisies dans les différents quartiers d'une agglomération — pour les rabatteuses — et dans les villages pour celles qui sont, en outre, autorisées à pratiquer les accouchements normaux, elles doivent devenir des auxiliaires diligentes et dévouées, écoutées des indigènes et par l'intermédiaire desquelles nos méthodes s'imposeront peu à peu aux populations de l'intérieur.

b) *Nutrition.* (Standards minima. Subventions publiques, etc...)
Voir : « Œuvres de Bienfaisance ».

ACCOUCHEMENTS PRATIQUES DANS LES MATERNITES

	1944	1945	1946	1947	1948
Accouchements	2.722	2.476	4.026	4.412	4.810
Interventions pratiquées pour dystocie	30	87	110	116	111
Interventions après travail	76	104	119	144	137

Assistance sociale

Accouchements dans les maternités en 1948.

Accouchements normaux	4.335
— dystociques	111
— prématurés	205
— gemellaires	157
— trigemellaires	2
	4.820
Nombre d'enfants vivants	4.912
— morts-nés	238
Avortements	140

Interventions pratiquées

Au cours du travail :	
Césariennes abdominales	2
Applications de forceps	82
Versions podaliques	22
Basiotripsie	5
Au cours de la délivrance :	
Délivrance artificielle post-partum	84
Curages digitaux post-partum	21
Curages digitaux post-abortum	14
Curettages post-abortum	83

c) *Services sociaux pour enfants.*

Le territoire du Togo dispose de 12 maternités, desservies par 25 sage-femmes africaines, placées sous l'autorité technique directe des médecins chefs de service.

Les consultations pré-natales ont familiarisé les femmes avec les services d'assistance, l'action dirigée des matrones dans les villages incite également les parturientes à se présenter aux maternités en plus grand nombre qu'auparavant.

Le nombre des accouchements ainsi pratiqués dans les maternités a doublé depuis l'année 1945.

Il s'établit ainsi pour l'année 1948 :

Accouchements pratiqués dans les maternités	3.668
Accouchements pratiqués dans les maternités « annexes »	1.142
Total	4.810

Nombre de consultations

Consultations prénatales :

Effectif comparatif des cinq dernières années :

	1944	1945	1946	1947	1948
Consultantes	13.676	15.805	19.759	21.217	13.999
Consultations	29.975	52.119	71.972	79.207	39.445

Consultations post-natales :

Consultantes	12.005
Consultations	40.798

Nourrissons de 0 à 2 ans :

Consultantes	102.246
Consultations	245.848

Enfants de 2 à 5 ans :

Consultantes	120.424
Consultations	328.078

Ecoliers :

Consultants	24.457
Consultations	74.842

Ecole Professionnelle. Effectif : 40.

Consultants	164
Consultations	627

Œuvres de bienfaisance. — « L'Œuvre du Berceau », mentionnée dans le rapport précédent, est une œuvre de bienfaisance à laquelle l'administration accorde une importante subvention et qui doit être rattachée à l'action de la Croix-Rouge, en voie de réorganisation au territoire.

Cette œuvre a été associée aux consultations des nourrissons, tant à Lomé que dans les chefs-lieux des subdivisions sanitaires, et elle est devenue un complément fort utile de ces consultations.

Les dons en nature distribués à l'occasion des consultations périodiques au titre de l'Œuvre du Berceau ont, il ne faut pas le dissimuler, une part attractive non négligeable qui aide sensiblement la fréquence et la régularité des présentations périodiques aux consultations.

Ont été distribués en 1948 :

Lait	576	boîtes
Sucre	2.770	kilos
Sel	2.530	—
Savon	2.420	—

Il est rappelé enfin qu'il a été créé à Lomé, au titre de l'Œuvre du Berceau, une « Goutte de Lait » destinée à fournir aux nourrissons qui ne peuvent être allaités par leur mère, les biberons nécessaires à leur alimentation. Ces biberons, composés de lait frais local, sont dosés, préparés et stérilisés avant distribution.

Le lait est périodiquement analysé au point de vue bactériologique et chimique.

Soixante-six mille six cent quarante biberons ont été ainsi délivrés gratuitement en 1948.

3° *Protection de l'enfant d'âge scolaire.*

a) Services sociaux scolaires.

L'inspection médicale des écoles a été réorganisée au cours de l'année 1948.

Elle est conçue sur les bases suivantes :

Le service est placé sous l'autorité du médecin-chef de la Subdivision sanitaire, en liaison étroite avec le Service de l'Enseignement ; il concerne et les établissements officiels et les écoles des Missions.

Tous les établissements scolaires sont systématiquement visités. L'exécution des mesures reconnues nécessaires est assurée, suivant les cas, par le Service de l'Enseignement (ou des Missions) ou par les Services d'Hygiène et de la Voirie.

En ce qui concerne les élèves, une première visite médicale complète sert à l'établissement du fichier médical scolaire, chaque fiche comportant : mensurations, poids, date et nature des vaccinations, renseignements tirés de l'examen médical. Des visites ultérieures sont périodiquement organisées et consistent en visites de « dépistage » faites avec la participation du maître ou de la maîtresse qui renseignent utilement le médecin-visiteur sur le comportement de l'élève. Les sujets justiciables de soins ou d'examen complémentaire sont convoqués à la formation sanitaire pour l'après-midi.

Lorsque chaque formation sanitaire des chefs-lieux de Subdivision disposera d'un groupe électrogène, dont l'installation est actuellement en cours, la mise en œuvre de la radioscopie systématique sera étudiée pour l'ensemble des effectifs scolaires du territoire.

Au cours de l'année 1948, sur un effectif total de près de 20.000 élèves, on relève un total de 74.842 examens et consultations pratiquées.

Alinéas *b* à *i* du paragraphe 3 : Il n'y a rien à ajouter à ce qui a été dit l'année dernière.

4° *Loisirs et récréations des adolescents.*

Aucune modification par rapport à 1947, à l'exception des crédits inscrits au budget au titre de l'Education générale et des Sports, et qui ont évolué de la façon suivante :

	1947	1948
Personnel	341.961 fr.	426.000 fr.
Matériel	378.000 fr.	326.000 fr.

5° *Protection des enfants et adolescents présentant des problèmes spéciaux.*

Aucune modification à ce paragraphe par rapport à l'année dernière.

Le Centre de Rééducation pour mineurs délinquants de Sokodé a été supprimé par arrêté n° 126-49/APA du 9 février 1949, et remplacé par un nouveau Centre situé à Palimé. Ce Centre, placé sous le contrôle du directeur de l'Enseignement, est dirigé par un instituteur.

B) *Mesures législatives et administratives envisagées.*

Les projets conçus dans le domaine de la protection de la mère et de l'enfant reposent sur l'augmentation des sommes dont disposent les Services sanitaires en personnel, moyens de transport, dispensaires ruraux et maternités.

Cet accroissement des divers moyens du Service de Santé est prévu, et sur le plan F.I.D.E.S. et sur le plan du budget local. Il doit permettre, du point de vue de la protection maternelle et infantile, de multiplier les équipes mobiles spécialisées et les équipes des circuits périodiques qui viendront s'appuyer sur les maternités nouvelles, actuellement projetées.

Des crédits importants ont été prévus et demandés pour réaliser ce programme.

En ce qui concerne les dépenses de développement social et d'intérêt scientifique, le budget spécial F.I.D.E.S., à lui seul, prévoit pour l'exercice allant du 1er juillet 1948 au 30 juin 1949, les engagements suivants :

131.800.000 francs pour le Service de Santé ;

50.000.000 de francs pour le Service de l'Enseignement, sans parler de la contribution du budget local, également très importante.

Le rapport 1947 a indiqué, pour ces diverses réalisations, l'importance des crédits prévus au plan décennal, et les dépenses faites en 1947.

II. *Application des mesures législatives et administratives par les autorités publiques.*

Enseignement. — Le budget local a supprimé en 1948, tant pour l'enseignement public que pour l'enseignement privé, l'enseignement technique et professionnel et les sports, la somme de 35 millions 955.500 francs, contre 27.312.500 francs en 1947. Il convient d'y ajouter 13.900.000, provenant des crédits inscrits au plan décennal, et qui ont permis de réaliser :

A Lomé : 2 écoles à 3 classes ;
1 groupe à 12 classes.

Dans l'intérieur : 10 écoles à 3 classes (achevées) ;
3 écoles à 6 classes (en voie d'achèvement)
3 écoles à 3 classes —
1 école à 12 classes —

L'aménagement d'une école professionnelle ;

Le commencement d'un collège.

La construction d'un lycée est étudiée ; sans les difficultés dues à l'acquisition du terrain, les bâtiments seraient déjà sortis de terre.

Service de Santé. — Les prévisions de dépenses du budget local pour 1947 étaient de 44.767.000 francs. Les dépenses en 1948 s'élevèrent à 66.321.000 francs, auxquels il convient d'ajouter 42 mil-

lions 900.000 francs fournis par le budget spécial F.I.D.E.S., pour l'exercice 1948-1949. Ces crédits ont permis les réalisations suivantes :

Sur crédits du budget local :

Trois dispensaires (Amoutivé, Baguida, Sanguéra).

Sur crédits F.I.D.E.S. :

Cinq dispensaires (Porto-Seguro, Gamé, Kambolé, Assahouan, Kpadapé) ;

Cinq dispensaires en construction (Soundina, Niantougou, Kidjaboun, Bombouaka, Ogou).

A l'achèvement de ces constructions, le nombre des dispensaires ruraux sera porté à 44.

III. *Organisations.*

Rien à signaler.

IV. *Autres activités exercées par les autorités publiques.*

Néant.

V. *Organisations privées.*

En ce qui concerne l'activité des Missions au point de vue de l'enseignement et du contrôle exercé par l'administration, les observations faites au rapport 1947 sont encore valables.

Les subventions accordées aux établissements privés d'enseignement se sont élevées en 1948, à huit millions de francs C.F.A., dont deux millions pour le collège de la Mission catholique.

Au point de vue médical, l'activité des Missions se concrétise, au territoire, par trois dispensaires.

Ceux-ci restent sous le contrôle technique de la Santé publique, qui leur assure une aide constante, tant au point de vue ravitaillement en matériel technique et médicaments, que du point de vue personnel, le cas échéant.

Ces dispensaires ont donné les consultations suivantes en 1948 :

	Consultants	Consultations
Mission catholique :		
Dispensaire de Yadé (Subdivision de Lama-Kara)	2.785	18.066
Dispensaire de Tomégbé (Subdivision d'Atakpamé)	7.127	48.727
Mission protestante :		
Dispensaire d'Agou-Nyongbo (Subdivision de Palimé)	7.076	17.391

VI. *Collaboration internationale.*

Il n'y a rien à ajouter à ce qui a été dit à ce sujet au rapport 1947. »

Cette action est certes estimable, et a contribué sans nul doute à faire regresser la mortalité infantile dans notre territoire, mais il faut reconnaître qu'en fait, elle atteint une fraction seulement de la population.

Ceci peut s'expliquer à la fois par le manque de moyens financiers et par la résistance qui devient de plus en plus minime des populations autochtones face à l'action sanitaire. D'autre part, l'accroissement du nombre de dispensaires, de maternités et de centres médicaux est assez récent.

Notre but n'est pas de critiquer cette action, et de proposer un plan de lutte contre la mortalité infantile.

Beaucoup de médecins coloniaux, de législateurs, de responsables administrants ont préconisé des plans qui présentent tous des avantages certains.

M. le médecin général Blanchard, après une tournée d'inspection en Afrique en 1942, préconisa :

Une réorganisation du Service sanitaire en Afrique, comprenant :

1° La multiplication des dispensaires ruraux ;

2° Donc, l'augmentation du nombre d'auxiliaires médicaux autochtones que cette mesure entraîne ;

3° Une meilleure organisation de l'enseignement de l'hygiène à l'école — il insiste particulièrement sur ce point ;

4° Une propagande sanitaire intense. Pour cela, il propose :

a) La création de villages de démonstrations où il y aurait :

α) Des puits bien protégés ;
β) Des fours incinérateurs simples.

De nombreux prix seraient attribués aux meilleurs constructeurs autochtones.

b) La réalisation de films de propagande adaptés à la mentalité indigène.

Ces projets ne se réaliseront que lorsque la coopération entre autochtones et Européens sera une réalité.

Il faut vaincre la mentalité indigène.

La création d'un service spécialisé directeur ayant pour but de centraliser et coordonner les diverses activités de propagande est de première nécessité.

Notre président de thèse, M. le professeur Andrieu, insiste sur la nécessité de créer *un climat* psychologique en Afrique noire, facteur essentiel en matière d'éducation sanitaire. Les conférences, les causeries, la radio ne lui semblent pas des moyens très efficaces. Par contre, le cinéma, les affiches, les tracts, les images à profusion devraient produire des réactions favorables parmi la population autochtone, et aider l'action sanitaire.

« Cela pose, dit M. le professeur Andrieu, la question des crédits disponibles. »

Dans son livre « Our Children die », M. Sonyo oyo Onabamiro, affecté de façon sensible par le problème de la mortalité infantile, dans nos pays d'Afrique noire — il a dédié son livre à sa mère qui eut huit enfants et en perdit sept en bas âge — préconise un ensemble de mesures susceptibles, selon lui, de faire régresser la mortalité infantile en Afrique noire. Nous citerons ici :

1° La création d'une Commission d'Enquêtes destinées à rechercher le taux exact de la mortalité infantile en Afrique noire et les remèdes appropriés, utilisant toutes les compétences, tant autochtones qu'européennes ;

2° Favoriser l'essor et le progrès économique du pays, ainsi que les lois sociales ;

3° La formation d'un personnel médical nombreux ;

4° La création de nouveaux centres sanitaires ;

5° L'utilisation des guérisseurs autochtones en les perfectionnant ;

6° L'étude du problème de la question de l'alimentation en eau ;

7° Le renforcement des mesures d'hygiène publique ;

8° La vaccination obligatoire générale ;

9° Une campagne d'éducation sanitaire utilisant le cinéma, la radio, les conférences ;

10° La nécessité d'une législation sociale obligatoire ;

11° La nécessité des cantines scolaires ou des repas gratuits et équilibrés seront servis (afin de compenser la carence vitaminique).

Toutes ces mesures s'avèrent nécessaires et utiles et méritent d'être retenues afin d'être intégrées dans le vaste programme d'action qui doit être entrepris en vue de remédier à la situation de l'enfance noire.

De notre étude, il se dégage que la mortinatalité et la mortalité infantile en Afrique noire restent importantes et régressent lentement :

— Parce que l'homme noir, donc l'enfant noir, demeure un inconnu dans son ensemble ;

— Parce que la mère, en Afrique noire, est victime de dures conditions sociales et économiques ;

— Parce que la politique sanitaire, dans ces contrées, n'est pas assez hardie, ni assez orientée vers l'objet dont elle vise la protection ;

— Et surtout parce que la masse des populations autochtones, de par sa nature et l'influence de la politique coloniale, en général, reste indolente, apathique, réfractaire à toutes règles d'hygiène.

Il ne nous apparaît pas possible à l'heure actuelle, d'édifier une politique sanitaire rationnelle, s'adaptant aux besoins des populations africaines si :

1° Une étude démographique, sérieuse et complète, n'est mise sur pied ;

2° Un bilan exact de la somme des particularités de l'homme et enfant noir n'est effectué ;

3° Une étude de géographie humaine intéressant ces territoires, afin de délimiter la part du milieu et du facteur race, n'est mise à jour.

Ceci a été reconnu.

A cet effet, les activités du Service d'Hygiène mobile et de Prophylaxie en A.O.F. et l'Organisme d'Enquête anthropologique apporteront une contribution importante à l'édification de cette nouvelle politique sanitaire.

Nous tenons néanmoins à souligner à nouveau que l'application de lois sociales conformes aux besoins des peuples intéressés et une éducation sanitaire intensive et énergique sont des facteurs primordiaux de la lutte contre la dépopulation de l'Afrique.

EN CONCLUSION

Une politique sanitaire nouvelle s'impose pour faire face au taux élevé de mortinatalité et mortalité infantile, tenant compte de données démographiques exactes de nos caractéristiques raciales distinctes, s'inspirant de lois sociales judicieuses, s'attachant à promouvoir l'essor économique du territoire.

Mais l'effort le plus important, pour la lutte qui nous intéresse, doit venir de nous ; nos enfants se meurent et nous restons inactifs. La santé ne s'octroie pas, elle s'acquiert.

La femme, en Afrique, doit être libérée des contraintes qu'elle subit, et participer effectivement à la campagne de lutte pour la préservation de ses enfants.

Si notre race présente des particularités ethniques qui justifient des mesures médicales spéciales, il faut néanmoins que nous sachions que notre race noire n'est pas inférieure aux autres races. L'ère de notre complexe d'infériorité doit prendre fin. A cet égard, une large diffusion de la déclaration d'experts, publiée par l'U.N.E.S.C.O. le 13 juillet 1950, devrait être effectuée largement parmi nos compatriotes africains...

L'Afrique offre un magnifique champ d'expérimentation, dans le domaine de la santé en particulier.

Une campagne d'éducation sanitaire dont nous serons les animateurs et collaborateurs les plus ardents, car les plus intéressés à sa réussite, doit s'ébaucher, sans tarder, et créer un souffle nouveau d'hygiène psychique et sociale.

Vu : *Le Président de Thèse,*
ANDRIEU.

Vu : *Le Doyen,*
LEFEBVRE.

Vu et permis d'imprimer :
Toulouse, juillet 1952.

Le Recteur,
CAPDECOMME.

ADAM M. — Le paludisme à la consultation des nourrissons indigènes de Dakar. *Bull. Sté de Pathol. exot.*, 1924. 9, 279-282.

ALBA. — Protection maternelle et infantile dans le T.O.M. relevant du ministère de la France d'Outre-Mer. Chef du service social colonial au ministère de T.O.M. Conférence mai 1949.

ANGOULEVANT. — Le Togo. Paris, 1920. Edit. colon. et marit. Agence des Colonies : 20, r. La Boëtie, Paris.

AUPIAIS (Révérend Père). — Les Noirs. Lille, 1945.

AUFFRET CH. — *Annales de physiologie*, 1940.

BALSWIN. — *Physical growth of children*. Un vol., 1921.

BEAUDIMENT. — Le problème démographique aux colonies. *Rev. col. de méd. et chir.*, 15-10-38.

BLACKLOCK MARY (Dr). — Conférence intern. de Genève, 1931. *Still birth and infant mortality from the pathological point of view. — Certains aspects of the welfare of women and children in the colonies reprinted from the annals of tropical Médecine and parasitology.* Vol. 30, n° 2, 17 juillet 1936.

BLANCHARD (médecin-colon.). — Prophylatie du tétanos à Dakar. — *Revue d'hyg. et médec. prév.*, n° 1, janv. 1936. — *Précis d'épidémol. et médec. prév.* Paris, 1938. Pigol, édit. — Le milieu colonial dans les rapports d'hygiène. Conférence sous la Direction du Professeur Tanon, 1931.

BLECHMAN G. — Maladies des nourrissons et des enfants. Doin, édit., 1944.

Mme BONNECARRÈRE et Dr BERTRAND. — La mortalité et la mortinatalité infantile au Togo au point de vue économique et social. *Annales de méd. et de pharm. colon.*, 1931, 479.

BONNET H. — Cours de pédiatrie sociale organisés par les fonds internationaux de secours à l'enfance, sous la direction d'Henri Bonnet, professeur agrégé à la Faculté de Médecine de Paris. *F.M.F.*, 1949.

BONNET RENÉ (colonel), directeur de la Santé publique au Togo. — Rapport concernant l'œuvre sanitaire au Togo. Son avenir. (Archives du ministère des Colonies.)

BOUCKAERT J., CAFIER H. et GADIN S. — Contribution à l'étude du métalolime du calcium et du phosphore chez les indigènes de l'Afrique centrale, 1939. *Inst. colon. bel., 8*, 25 p.

BRASSEUR G. — Démographie des Anidout.

D'ALMEDA D. — Les jumeaux au Dahomey. *Bulletin inst. Afr. noire*, n° 218, oct. 1950.

Bullet. méd. de l'Afr. occid. franç., n° spécial. Journées médicales de Bobo-Dioulasso du 24 au 29 janvier 1949. Direction générale de la Santé publique à Dakar.

Bull. de la Sté des rech. congol. Brazzaville. A.E.F.

Bull. de la Sté Cameroun. Douala.

Bulletin de l'Off. intern. d'hyg., 195, bd. Saint-Germain, Paris. — Rapport épidémiologique et démographique. *Suppl. mens. au relevé épidémolog. heb.* Vol. 11, n° 3 mars 1943 : *E.V.S.* 22. — *E.V.S.* 9, février 1948. Vol. 1, n° 9. — *E.V.S.* 10, vol. 1, n° 10. — Mars 1948 : La diversité des définitions de la mortinatalité et quelques-unes de ses répercussions statistiques. Tableau : Mortalité tuberculose. — N° juin 1950 : Statistiques mortalité infantile.

BUNLE. — Note sur la démographie au Togo. Métron, Imprimerie nat. France, 1938.

Bulletin mens. des statist. outre-mer. — L'inspecteur J. Fournier, N° 17 : Contribution à l'étude de l'influence des séjours en pays tropicaux, sur la mortalité.

CANDIOTTI CH. et CL. MOINE. — La mortalité de l'enfant de première année. *Bull. de l'Instit. nat. d'hyg.*, 1948.

Compte rendu de la Conférence internationale sur la nutrition et l'alimentation pour les territoires d'Afrique, présidé par le médecin-colonel G. Saleum. (*Cahiers français d'Information*, n° 144, novembre 1949.)

Conférences d'études sur l'habitat autochtone dans les villes de l'Afrique intertropicale, 27-28-29 avril 1951. (Secrétariat à la France d'Outre-Mer.)

CANIVET J. — Considérations sur un certain nombre d'enquêtes alimentaires menées en 1938-1939, par les médecins des troupes coloniales chez les populations autochtones des territoires de France Outre-Mer. (*Bull. de l'Inst. nat. d'hyg.*)

CAMOUZE D. — L'alimentation des indigènes aux colonies. *Mouvement sanitaire* : 40, rue Marbœuf, Paris-8e. N° hors série, nov. 1921.

CARUTTI M. — *L'hygiène sociale* : 23, rue de l'Ecole-de-Médecine (6e). Jus de fruits acides conservés et alimentation des populations coloniales. *L'Hyg. soc.*, n° 66, 25-11-1931.

CARTON. — Etude démographique comparée des pays Bamilikés et Bamoun du Cameroun. *Annal. de méd. et de pharm. colon.*, 1934, 351.

Cazanove J. (méd. génér.). — La question du lait dans les colonies françaises. *Africa*, 9, 227-236. Conférence 1934-38. — Travaux de la Commission de la prévoyance sociale de la Conférence de la France métrop. et d'outre-mer. Laroze, édit., Paris.
Chazelas. — Togo et Cameroun. Société d'Editions géographique marit. et colon. Paris, 1931.
Cheveneau (command.). — Accouchement chez les minas du Bas-Togo. (*Revue colon. de méd. et de chir.*, 1935.)
Cheysial. — Etude de la ration alimentaire des indigènes du territoire du Togo. *Annale de méd. et de pharm. colon.*, juil.-août-sept. 1931, n° 3. — Congrès intern. de l'évolution culturelle des peuples colon., 26-28 sept. 1937. Paris 1938. Mâcon.
Crozat (Dr). — Protection de l'enfance en A.O.F. aux journées médicales coloniales 1931. *L'infirm. méd.*, 9 août 1931.
Culwick. — Proportion des sexes et polygamie. 1936 : Analyse dans l'anthropologie.
Damien L. — Les problèmes de l'enfance de l'A.E.F. Paris 1938 : *Rev. méd. et hyg. trop.* — L'enfance noire en Afrique centrale. *Infirm. franç.*, janvier 1939. — La syphilis congénitale et son rôle dans la morbidité infantile en A.O.F.
Daujat J. — Science et civilisation. Edit. Sequana (1942). Collect. *Hier et demain*, n° 1.
Debré et Joannon. — Mortalité infantile et mortinatalité, 1933.
Deen (I. et V.). — Protection de l'enfance en Guinée française. Contribution aux moyens de lutte contre la mortalité infantile. — Education des masses et des matrones. *Bull. de la Sté de Path. exot.*, 1933. *Rev. médico-sociale de l'enfance*, 1935. *Bull. de l'Assoc. amic. des élèves de l'Ecole de Méd. de Dakar*, 1934-1935. Bulletin.
Delafosse M. — L'âme nègre. Paris, 1922. Payot, édit. - Les civilisations négro-africaines. Paris, 1925. Stock, édit. — Les Nègres. Paris 1927. Reider, édit. — Les Noirs de l'Afrique. Paris, 1922. Payot, édit.
Delanoe. — Trente ans d'activité médicale et sociale au Maroc, 1949 (*M.S.A.*).
Démographie de la France d'Outre-Mer. — Congrès international de la population. Paris, 1937.
Denaigne. — La puériculture, son histoire, son domaine. *Les publ. soc. agr.*, 1943.
P. Denoix. — Quelques documents sur le cancer en A.O.F. *Bull. Inst. nat. d'hyg.*, *3*, juillet-sept. 1949.
Dodge. — Weight of colored children and growths during the first eigtheen months. *Amerc. journ. phy. anthr. 10*, 1927.
Dubois A. — Les maladies des pays chauds, 1949 (*M. et C.*).
Dujarric de la Rivière R. — Prophylaxie nationale et internationale des maladies épidémiques. E.M.F., édit., 1948.
Dufour et Gourry. — Les troubles de la suralimentation du nourrisson en A.O.F. *Ann. de méd. et de pharm. col.*, 1934.
Dumont R. — De l'influence de l'alimentation de l'indigène sur l'évolution de certaines maladies. *Bull. de Katanga*, n° 6, 1935.
Enfance africaine. — Conférence internationale pour l'enfance africaine. Genève, juin 1931. Publié par l'Union intern. de secours aux enfants.
Farinaud M. — La lutte contre le paludisme dans les colonies françaises. *Ann. de méd. et pharm. colon.*, 1935, *32*, 919. — 1921 : A propos de la vaccination des nourrissons noirs, contre la tuberculose, par le vaccin B.C.G. *Bull. soc. path. exot.*, 1924, *17*, 938.
Femme. — La femme noire dans la société africaine (1940). — Sœur Marie-Andrée du Sacré-Cœur. — La femme noire en Afrique occidentale. Payot, 1939, 278.
Foujereat de Lastour. — Hygiène scolaire aux colonies. Conférence de médec. colon. de l'Exposit. intern. de Paris, 1937.
Fournier P. — Tableau de composition des aliments de l'A.O.F. Thèse de doctorat ès-science. Paris, 1948.
Fromont P. — Démographie économique. Payot, édit.
Galdwel et Moloy. — Anatomical in the female pelvis and their affect in labor with a suggested classification. *Annal. journ. of obstétric and gyrécology*, 1933. — Analyse dans l'anthopologie, 1935.
Le Gall (médecin-colonel). — Situation sanitaire de l'Empire français pendant l'année 1940.
Gauducheau *A.* — Déséquilibre de l'alimentation dans les pays exotiques. Indications et salubrité des conserves. *Bull. de la Sté Path. exot.*, *24*, n° 6, 1931, 421, 430.
Geoffroy. — Religion de l'Afrique Occidentale Française. (Payot édit.)
Giordani (médecin-colonel). — Protection de la maternité et de l'enfance indigènes pendant l'année 1940. Lavauzelle, 1943, 574 p.
Goarnisson. — *Guide méd. afr.*, 1939.
Gorokhoff. — Influence de l'alimentation sur les maladies dans les pays tropicaux. *Thèse de Paris*, 1932. Le François, édit.

GRANVILLE EDGE (P.). — Les statistiques sanitaires et la médecine publique dans les pays tropicaux. Un vol., 186 p. Londres. Baillère, Tindall et Cot, 1944. *Off. Int. hyg. publ.*, n° 76, 7-8-9 juill., août, sept. 1946.
GROSPERRIN. — Quelques coutumes éwés en matière d'accouchement au Togo. *Ann. de méd., pharm. colon.*, 1935.
HAILEY LORD (G.C.S.I., G.C.I.E.). — An african survey. A study of problems in Africa south of the Sahara oxford university press : London-New-York. Toronto, 1945.
HARDY CH. et CH. RICHET. — L'alimentation indigène dans les colonies françaises. Vigot, édit. Paris, 1933.
HARDY. — Histoire de l'Afrique. Armand Colin (édit).
HECKENROTH. — Le mouvement démographique à Dakar. *Bull. off. intern. hyg. publ.*, 1929.
HENRY J. — L'âme d'un peuple africain. Vienne-Munster, 1910.
HERSKOVITS. — Observation on the growth of colored boys. *Amer. journ. phys. antrop.*, 7, 1924.
HINGLAIS. — Carence calcique et régime alimentaire. Paris, 1939.
HUOT L. — L'homme primitif. Centre africain. Paris, 1921. *Mercure de France.*
HUBER. — Cours de démographie et de statistiques sanitaire, 6 vol. (1932-1941).
HOLAS. — L'homme noir d'Afrique. I.F.A.N., 1951.
JALABERT L. — La grande misère de l'Afrique noire. Revue *Les Etudes.*
JULIEN CH. A. — Histoire d'Afrique.
KUCZYNSKI R. — Demographic study Camerons and Togoland. London, 1939. Oxford University press.
Journal of negro history, 1538, 9th street N.W. Washington, U.S.A.
Journal. — Of the royal africain society. South Kensington London S.W.7.
Journal de la Société des Africanistes. — Palais de Chaillot, Paris-16e.
American journal. — Physiology and anthropology.
Africa. — Journal of the international African Institut Seymour-Houx. Waterloo place 17, London G.W.1.
KAHN. — Traitement de la sous-alimentation et des carences alimentaires aux colonies par les pâtes azotés vitaminées. *L'Hyg. soc.*, n° 66, 25 nov. 1931.
KERHAROT et BOUQUEL. — Sorciers, féticheurs, guérisseurs de la Côte d'Ivoire, Haute-Volta. Les hommes, les croyances, les pratiques. *Pharmac. et thérap.*, Maloine, édit., 1950.
KOUADJO-TIACOH G. — La médecine de guérisseurs noirs de l'Ouest africain. *Thèse.* Paris, 1950.
LABOURET. — Histoire des Noirs d'Afrique. Collection *Que sais-je ?* Les pays noirs.
LANDRY A. — Traité de démographie. Payot. Paris, 1945.
LASNET et CAZANOVE. — Essais de démographie des colonies françaises. *Bull. off. intern. hyg. publ.* Supplément n° 8, 1928 et n° 9, 1930.
LEDENTU. — Essais de démographie du Gabon. La médecine sociale et l'assistance médicale indigène au Gabon. *Ann. de méd. et de pharm. colon.*, 1931, 427 et 452.
LÉGER M. — L'Ankylostomiase dans les colonies françaises. *Ann. méd. et pharm. colon.*, 1925, *23*, 81-19.
LEFROU. — Une décade démographique (1921-1930) à Saint-Louis-du-Sénégal : natalité, mortalité, mortalité générale, mortalité infantile. *Ann. de méd. et de pharm. colon.*, 1932, 406.
LEFROU et BONNET. — L'équilibre protéique du sérum sanguin des lépreux. — Les modifications de l'équilibre protéique du sérum sanguin comme élément de diagnostic précoce.
LEWIS. — The biology of the negro. *Chicago University.* Press, 1942.
LEWY-BRULH. — La mentalité primitive. Paris, 1925. Alcan, édil.
MARCHOUT. — L'alimentation des indigènes aux colonies. *Rev. colon. de médec. et de chirurg.*, 15 sept. 1933.
MAROIX (général). — Le Togo, pays d'influence française. Larose. Paris, 1937.
MARTIAL-SOREL et BEAUDIMENT. — Essai de démographie des colonies françaises. *Bull. Off. intern. hyg. publ.* Supplément n° 2, février 1938.
MARTIAL J.E. (Dr). — Protection de la maternité et de l'enfance indigènes dans les colonies françaises en 1935. *Revue médico-soc. et protect. de l'enf.*, 7e année, n° 2, 1939. — Une enquête démographique à l'office du Niger. *Rev. de méd. et de chir.*, oct. 1938. — La syphillis congénitale et son rôle dans la mortalité infantile.
MARTIN G. — La mentalité primitive devant nos méthodes de prophylatie et de thérapeutique modernes. (Conférence 6e année, 1934). Nigot, édit. Publié à la direction du professeur Tanon. — De l'alimentation et du travail indigène. *L'Hyg. soc.*, 25 nov. 1931.
MARQUEISSAC. — Enquête et sondage démographique en pays Kabré-Togo. *Bull. soc. path. exot.*, n° 9, 1932.
MONTANDON. — La race. Les races. Paris, 1933.

MATHIS C. (médecin général). — L'œuvre des Pastoriens en Afrique noire. *Press universit. de France*, 1946.
MILLOT et COLIN. — La tuberculose pulmonaire du Noir. *Presse méd.*, 24-12-1941.
MITCHNAIKOFF. — Etudes sur la nature humaine.
METZER et CLARIN. — La tache bleu dite mongolique chez les nouveaux-nés des races noires. *Bull. soc. obstétr. de gynécol.* Paris, juill. 1934.
MEYNIER O. (colonel). — L'Afrique noire. Paris, 1921. Flammarion, édit.
MILLER W. (Dr). — Have we Failed in Nigeria ? *Lutterworh Press.*
M. et C. MOINE. — La santé publique en France dans ces cent dernière années. Paru dans *La Presse méd.*, 8 oct. 1949, n° 63.
MARCEL et CLAUDE MOINE. — Mortinatalité et mortalité des prématurés.
OLIVIER G. — Contribution à l'étude anatomique du Noir africain d'après 72 autopsies. *Bull. et mém. soc. anthrop. de Paris, 9*, 1945. Paru en 1947, 146-156. — L'obstétrique en pays mossi.
PALES L. — Appendice chez le Noir en A.E.F. *Ann. anat. path. anatomie norm., 11*, n° 6, 563-583. Paris, 1934.
PALES L. et SOHIER H. — Les hernies appendiculaires chez les Noirs de l'A.E.F. et du Togo. *Hebd. 15*, n° 5, 529-532. Paris, 1938.
PALES. — Réflexions sur la raciologie et la carie dentaire. *L'Anthrop., 41*, 220-238 et n°s 5-6, 416-414, 1943. — Organisme d'enquête pour l'étude anthropologique des populations indigènes de l'A.O.F. Rapport n° 2 : Soudan occidental Sénégal. Rapport n° 3 : Guinée, Dakar, Sénégal, Soudan. Alimentation, nutrition. — Contribution à l'étude anthropologique des Noirs de l'A.E.F. (*Anthrop.*, 1934).
PALES et MONGLOUD. — Le taux de la glycemie chez les Noirs en A.E.F. et ses variations avec ses états pathologiques. *Rev. méd.*, 12 mars 1934.
PASSA. — Maternité et protection de l'enfance au Sénégal. *Ann. de méd. et de pharm. colon.*, 1935.
PEDRALS. — Manuel scientifique de l'Afrique noire. Payot, 1949. Les peuples d'Afrique noire. *Extr. scientia*, déc. 1949.
PÉCHOUX L. — Le mandat français sur le Togo. Edit. A. Pédone, 1939.
PELTIER (lieutenant-colonel). — Protection maternelle et infantile en A.O.F. en 1934. (Archives du ministère des Colonies.) — Protection de la maternité et de l'enfance dans les territoires africains sous mandat et en Afrique équatoriale française en 1934. (Archives du ministère des Colonies.)
Protection de la maternité et de l'enfance indigène pendant l'année 1940. 7° publié dans *Les Ann. de méd. et de pharm. colon.*
RAOULT. — Sondages en Haute-Volta sur les carences vitaminiques de l'enfant noir. (Communication à la Conférence africaine sur l'alimentation et la nutrition Dschang-Cameroun, 3-10 octobre 1949.)
Rapports annuels du Service de Santé du Togo. (Archives du ministère des Colonies.)
Rapports annuels de la France à l'Organisation des Nations unies.
Rapport particulier du Togo, concernant la protection maternelle et infantile au Togo : Réponse au questionnaire adressé à la France par les Nations unies (1947-1948). (Ministère des Colonies, Archives.)
RÉPONSES AUX QUESTIONNAIRES de la Commission d'enquête dans les T.O.M. Alimentation concernant la subdivision sanitaire de Lomé, Anecho, Palimé, Atakpamé, Pagouda, Manjo.
Revue coloniale de médecine et de chirurgie :
1933 : BRUNON. — En brousse africaine, le médecin chez le Noir, 338.
GAZANOVE. — Pyschoses magico-religieuses africaines.
MARCHOUX. — Alimentation des indigènes aux colonies, 283.
1931 : BLANCHARD. — Le milieu colonial indigènes dans ses rapports avec l'hygiène, 136.
LASNET. — La situation sanitaire dans les colonies françaises en 1930, 130.
1934 : BRUNON. — Pour sauver l'enfant noir, 102. Pour relever la femme noire et sa race, 450.
G. MARTIN. — La mentalité primitive devant nos méthodes de prophylaxie et de thérapeutique moderne.
M. LÉGER. — Fenêtres ouvertes sur le paludisme chez les enfants, 60, n° 56.
1936 : RION. — Les maladies vénériennes dans les colonies françaises, 48-94.
BERTRAND Y. — Observations sur les maladies des yeux dan le Nord-Togo, 210.
1937 : LASNET. — Grandes considérations sur les conditions de réussite du programme de protection sanitaire aux colonies, 344.
SOUL. — Médecins coloniaux d'autrefois et d'aujourd'hui, 370.
1935 : CHEVENEAU. — A.C.C.T. chez les minas du Bas-Togo, 448.
SICÉ. — La première enfance de race blanche en A.E.F., 10.
1937 : BEZANÇON et ARNOULD. — Nouvel aspect de la tuberculose chez les Noirs, 336, 15 sept., n° 99.
1938 : MARTIAL. — La mortalité infantile en A.O.F., 338.
1938. — Il faut vêtir l'enfance indigène, janv. 194, 4.

1948. — N° 156, 15 juillet, 4e Congrès de médecine tropicale et du paludisme. Washington, 10-18 mai 1948, par le Dr Fuard (délégué de Madagascar au Congrès).
Revue colon. belge. Revue congol. Zaïre, 163, rue du Trône, n° 15. Malinowsky.
Richet Ch. et A. Dellaue. — Maloine, édit. L'insuffisance alimentaire.
Rohain. — Quelques données sur la mortalité infantile et les œuvres de la protection de l'enfance au Congo belge. *Journ. méd. et d'hyg. soc.* (sept. 1931).
Rouèche H. — Hygiène sociale de l'enfance. G. Douin et Cie, édit. 1948.
Rostand. — La biologie et l'avenir humain. Maloine, édit.
R. Molard. — L'Afrique occidentale française.
Sand R. — Professeur à l'Université de Bruxelles. « Vers la médecine sociale ». *J.B.B.,* 1948.
Soeur Marie-Andrée du Sacré-Coeur. — Des sœurs missionnaires de Notre-Dame d'Afrique (sœurs blanches), Dr en droit. — La femme noire en A.O.F.
Sorel Martial et Beaudiment. — Essais de démographie des colonies françaises. *Bull. off. intern. hyg. publ.* Suppl. n° 2, 1938.
Sauvy. — Traité de démographie. — Richesse et population.
Sanya Dojo Onabamiro. — Why our children die, 1949. Methuen G.T.D. London.
Schwetz J.-Baumann H. — *Peel and Droeshaut,* 1933. Sur la différence de l'infection malarienne d'après l'âge constaté chez les nourrissons noirs de l'agglomération de Stanleyville.
Sorel. — La protection démographique en A.O.F. *Journ. méd. de l'Exp. colon. int.* Paris, 1931.
Sourdillat J. — Les chiffres au Congo belge. Paris, 1940.
Stigler. — Les races humaines. Colin, édit.
Spitz C. — Terres lointaines. L'Ouest africain français, Togo et A.O.F. *Sté d'exp. géogr. marit. et colon.*
Thiroux A. — Le lait aux colonies. *L'Hyg. soc.,* n° 39, 25 avril 1935. — La natalité et la mortalité infantile dans les colonies françaises. *Journ. de méd. colon. et hyg. soc.,* sept. 1931.
Tournier E. — Régime alimentaire des populations autochtones et moyens pratiques de remédier à la sous-alimentation. *L'Hyg. soc.,* 25 nov. 1931, n° 66. — Le paludisme à Lomé et au Togo en 1932 et 1933. *Bull. soc. path. exot.,* 1934, 27, 385-395.
Toulec H. — La tuberculose aux colonies, année 1931 (Tanon). — *Travaux de la Comm. de la prév. soc.* janvier-mars 1935. Conférence économique métropolitaine et coloniale. Protection maternelle et infantile.
Trezenen. — L'A.E.F.
Trautmann. — La littérature populaire à la côte des esclaves. Paris, 1927. *Instit. d'Ethn.*
Ulmer H. — La statistique dans les pays coloniaux, 1938.
Vacher de Lapouye. — Race et milieu social. Paris, 1909. Rivière, édit.
Van Campenhout. — Démographie de la population indigène du Congo belge. *Bull. off. intern. hyg. publ.,* févr. 1938.
Van Nitsen (Dr). — Contribution à l'étude de l'enfance noire au Congo belge, 82 p., 2 diagr., 1941, *11. Publ. de l'Instit. roy. colon. belge.*
Versereau A. — La statistique press universitaire de France, 1947.
Verneau. — L'homme : races et coutumes. Paris, 1931.
Weulerse. — L'Afrique noire (Fayard).
Westerman D. — Noirs et Blancs en Afrique. — Autobiographie d'Africains.
Westerman et Baumann. — Les peuples et les civilisations de l'Afrique (Payot).
Willois J. — La vie économique et la vie sociale de la femme noire. (Conférence 1939.)
Willougby W.C. — Race problèmes in the new africa. Oxford, 1923.
Wilois. — L'action sociale en pays des missions. Payot, 1938.
Worthington E.B.M.A. Ph. D. — Science in Africa. *Oxford University press.* London-New-York-Toronto (1938).
Weschoff. — Anthropological bibliography of Negro Africa. New haven, 1949.
Zaire. — *Rev. colon. belge.*

TABLE DES MATIÈRES

Pages

Introduction 9

PREMIERE PARTIE

Chapitre premier

Le Togo 12

Chapitre II

Aperçu démographique 17

DEUXIEME PARTIE

Quelques caractéristiqes raciales susceptibles de justifier notre thèse.

Chapitre premier

Caractéristiques anatomiques 53

Chapitre II

Caractéristiques biochimiques et physiologiques 64

Chapitre III

Caractéristiques pathologiques 69

TROISIEME PARTIE

Chapitre premier

Les diverses causes de la mortinatalité et de la mortalité infantile 73

Chapitre II

La lutte contre la mortinatalité et la mortalité infantile. La protection maternelle et infantile 92

Conclusion 103

Bibliographie 105